ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

TOME SIXIÈME (2me SÉRIE.)

JUIN 1836.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.
1836.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

6me LIVRAISON. — JUIN 1836.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

BULLETIN MEDICAL BELGE.

N° 6. — JUIN 1836.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES SUR L'ABSORPTION ; par le docteur DUGNIOLLE.

Absorption interstitielle.

Les idées qui règnent aujourd'hui sur le double mouvement de composition (1) et de décomposition (2), nutritif et désassimilateur, qui fait que dans un temps donné, l'organisme tout entier est renouvelé, furent introduites il y a plusieurs siècles dans les lois physiologiques. La théorie de ce mécanisme doit sa naissance, 1° à l'état d'embonpoint ou d'amaigrissement, que l'état de santé ou de maladie fait éprouver au corps humain ; 2° à la nécessité qu'éprouvent les animaux de faire constamment usage d'alimens plus ou moins nourrissans, d'après leur espèce et chez l'homme et les animaux domestiques, le travail auquel ils sont soumis ; 3° enfin à la nature des fluides excrétés. On ne pouvait concevoir comment des matières nouvelles introduites à chaque instant dans l'économie animale, ne lui donnassent pas un développement toujours croissant en surface. Dès lors il vint à l'esprit de faire jouer à l'organisme le rôle aussi singulier que compliqué, de remplacer par des molécules nouvelles, celles qui ont vieilli dans l'organisation. Mais comme on partait d'un point hypothétique et faux pour expliquer les lois de la nutrition, on plia les faits au système, parce que ce dernier ne pouvait expliquer qu'une bien faible part des phénomènes observés. Ce qui a paru donner plus de poids et de vraisemblance à cette hypothèse, est la différence d'accroissement propre à certains âges de la vie. L'enfance était regardée comme la période d'accroissement, c'est-à-dire, celle où la nutrition l'emportait de beaucoup sur son antagoniste l'absorption interstitielle. L'âge mur, comme période de la vie, où ces deux phénomènes se contrebalançant, il y a chez l'homme équilibre, c'est-à-dire autant de matière excrétée que de particules nutritives déposées dans les organes. La vieillesse, troisième et dernière période, celle pendant laquelle, tout se passe d'une manière inverse à ce qui a lieu dans l'enfance. On remarqua que ces opinions n'étaient basées que sur des suppositions et appuyées par aucun fait positif. Ce ne fut que longtemps après qu'un médecin anglais, nommé Belchier, les appuya d'expériences tentées sur les animaux ; expériences qui furent répétées dans plusieurs pays et notamment en France, par Duhamel ; plus tard nous aurons occasion d'y revenir ; alors nous les examinerons et les apprécierons à leur juste valeur.

Avant de nous engager dans la discussion, établissons d'une manière positive, ce que les auteurs entendent généralement par *absorption interstitielle :* c'est, suivant la plupart d'entre eux, la disparition des molécules de toutes les parties contenantes et contenues ; à cet égard le professeur Richerand, s'exprime de la manière suivante : « Le corps humain ressemble au vais-» seau de Thésée, qui toujours radoubé, ne présentait » plus au terme de sa course aucune des parties qui le » composaient d'abord. »

Les animaux et les plantes seraient, d'après ces auteurs, des centres particuliers, liquefacteurs et solidificateurs, toujours en action ; en un mot, il y aurait dans chaque être vivant, un mouvement vivifiant et occisant continuel ; et l'homme mourant, par exemple, serait tout autre que ce qu'il était à sa naissance.

Il n'y aurait que la forme qui restât constamment la même, parce que la force qui préside à l'arrangement, à l'agrégation des molécules ne varie jamais. Si les êtres organisés vivans, ne faisaient pas de déperditions continuelles, ou plutôt si les molécules nouvelles ne venaient remplacer les anciennes, ces êtres devraient, au dire des physiologistes, prendre un accroissement constant et indéfini. A cela, nous pouvons répondre que la nature à donné une force constante à chacun d'eux, que cette force est invariable ; qu'il en est de même de la forme et de l'organisation ; car la nutrition seule n'est point capable de varier les couleurs, les formes, etc., sans qu'une loi en règle l'harmonie. D'où vient donc que quelques-uns sont à circulation simple, d'autres double, à sang froid, ou à sang chaud, à sang blanc ou à sang rouge, les uns végétaux, d'autres animaux, etc. ? Nous pouvons observer dans l'organisation animale et végétale, une forme et une organisation toujours en rapport avec les besoins et le milieu dans lequel chacun des êtres qui les composent sont appelés à vivre. Nous avons des exemples de ces limites dans les feuilles articulées, les bois des cerfs, des serpens, etc. ; dans l'un et l'autre règne, ces productions périodiques tombent lorsque les vaisseaux destinés à leur nutrition, oblitérés par l'accumulation de matières solides, ne permettent plus à ces parties de communiquer avec l'organisme. Après

(1) Ce mouvement est nommé aussi nutritif.

(2) Absorption interstitielle de Hunter, absorption intime, organique de Bichat.

leur chute ces productions sont remplacées par de nouvelles qui subiront à leur tour le sort de celles qui les ont précédées. Le pourquoi de ces lois, je ne vous le dirai pas, il rentre dans la catégorie des causes premières, qui échappent aux regards et à la pénétration des mortels; le champ des hypothèses s'ouvre ici pour ceux qui veuillent l'exploiter; quant à nous, nous nous bornons exclusivement à l'étude des effets, et nous laissons à d'autres le soin de pénétrer les causes. Ce n'est qu'avec réserve que l'on doit avancer des hypothèses, qui, quoique probables, seront toujours le sujet du doute, pour tout homme réservé. M. Adelon (1) admet avec un grand nombre de physiologistes que la lymphe et le sang veineux sont formés par les molécules liquefiées des parties formant la trame intime de nos organes, et celles que ces tissus contiennent; cependant tous les physiologistes admettent que ce n'est point dans ces deux espèces de fluides que sont puisés les liquides excrétés, que c'est au contraire dans le sang artériel, liquide éminemment nutritif et excitateur, que les vaisseaux excréteurs puisent les élémens des produits qu'ils sont chargés de former; il y aurait donc contradiction chez ces auteurs. Nous pensons au contraire que le sang veineux et la lymphe ne sont point des liquides absorbés et formés par les élémens de nos organes, mais bien des fluides; le veineux, formé de l'artériel apauvri, c'est-à-dire, ayant perdu une partie de ses élémens par la sécrétion capillaire et générale; secrétion qui est la même que celle qui s'effectue dans les glandes et qui ne diffère que parce qu'elle n'est pas pourvue d'un appareil glandulaire, qui, comme le dit M. Müller, ne sert qu'a étendre la surface sécrétoire; et de combinaisons binaires telles que sels etc., que l'organisation animale ne peut point transformer en produits certains ou organisés. Voici comme nous nous expliquons la transformation du sang artériel en sang veineux, et la formation de la lymphe.

A l'extrémité des artérioles, ou mieux dans le système capillaire artériel, il y a abouchement de ces dernières avec les veinules de même nom; mais avant cette espèce d'anastomose, les vaisseaux blancs ou lymphatiques viennent s'ouvrir dans les parois des artérioles, et c'est dans le sang hématosé (artériel), qu'ils puisent le liquide qu'ils sont destinés à charier. Ces liquides à leur tour servent à la fonction nutritive de nos organes. Le travail des bouches sécrétoires du système lymphatique, est le même, d'après nous, que celui des vaisseaux blancs des glandes sécrétoires; ils ne diffèrent que par leur mode de vitalité, et par leurs produits. Dépourvu d'une partie de sa lymphe, et enrichi par cette perte d'une plus grande partie de composés binaires, le sang artériel a perdu sa qualité vivifiante et passe, en sa qualité de sang veineux, dans son appareil spécial, le système veineux, dont la vitalité est en rapport avec la nature du liquide qui le parcourt. Cette explication pourra paraître purement hypothétique, et même paradoxale; cependant les expériences que nous avons entreprises pour le prouver, lui donneront quelque vraisemblance, si elles ne la rendent pas concluante.

Les matières excrétées, dit Adelon (1), ont un caractère trop animalisé pour nous permettre de penser qu'elles ne viennent point directement de la trame intime de nos organes. Avec M. Müller, nous disons encore que toutes les matières excrétées sont des composés binaires, qui ont servi à l'excitation des organes, sans pouvoir en faire partie, parce que l'organisme animal ne possède point la faculté de formé la matière organisée des simples combinaisons binaires. D'ailleurs, la nature des produits ne nous paraît pas indiquer la source de leur origine, car du moment où les alimens sont introduits dans l'organisation par la voie de la digestion, de l'hématose, etc., ils ont acquis leur plus haut degré d'animalisation possible; aussi toute substance qui aurait passé par les élaborations diverses, et qui n'aurait séjourné dans l'organisme que le temps nécessaire pour ce travail et celui de l'excrétion, par les urines, par exemple, serait aussi animalisée, pourvu quelle en soit susceptible, que celle que M. Adelon et autres, se plaisent à faire provenir directement de la trame intime de nos organes. La sécrétion urinaire est destinée, non pas comme l'admet le physiologiste que nous combattons, à éliminer au dehors le débris de nos organes; mais bien à extraire du sang artériel tout ce qui ne peut plus exciter nos organes et les nourrir. La raison en est simple : ce n'est pas dans les liquides chargés de ces débris que puisent les vaisseaux sécréteurs, mais dans le liquide le plus pur et le plus composant ou nutritif.

Quoique l'état pathologique serve souvent à expliquer les lois de la physiologie, c'est une erreur de vouloir toujours conclure de ce que certains phénomènes se présentant sous l'influence des maladies, la même chose ait lieu dans l'état de santé; c'est cependant ce qu'un grand nombre de physiologistes ont fait et font encore tous les jours. Il est quelquefois plus rationnel, pensons nous, d'établir des lois inverses sur ces deux états. L'opposition établie entre l'une et l'autre ds ces conditions doit mener à des lois qui n'ont entre elles aucune espèce de ressemblance. Aussi établissons-nous, d'après ces inductions, que l'absorption interstitielle (quoique pouvant exister dans les cas de maladies), ne peut être admise en physiologie. L'absorption interstitielle, même dans les cas pathologiques, ne s'établit jamais sur des parties unies au reste de l'organisme; il est indispensable pour qu'elle ait lieu, qu'une cause quelconque soit venue séparer certaine partie du reste du corps; alors ce n'est plus sur l'organisme lui-même, mais sur un corps étranger, qu'agissent les bouches absorbantes. C'est ainsi, par exemple, qu'une cataracte reste toujours cataracte aussi longtemps qu'on ne détruit pas les points d'union du cristallin et de la capsule avec le reste du globe oculaire. Il arrive quelquefois que les parois du

(1) Phys. de l'hom., tom. 3, p. 388.

(1) Loca cital, p. 393.

crâne et le sternum ont perdu une partie de leur épaisseur, par l'effet des battemens très-grands du cerveau ou des hypertrophies du cœur; il faut nécessairement, comme le dit M. Richerand (Nouv. élém. de phys., t. 1er, pag. 304), que les molécules qui les composent aient été détachées, avant qu'elles puissent être absorbées.

Tous les fluides de l'organisme circulent constamment, tous peuvent dans certaines conditions varier en quantité et en qualité; nous disons qui circulent, parce que, pour peu qu'il y ait stase, il faut qu'il y ait état pathologique, toujours en rapport avec l'étendue et la nature de la partie dans laquelle cet état existe. Les liquides sont en proportion telle avec les solides, dans les animaux, que d'après les expériences les plus exactes et les plus directes, nous pouvons l'établir de la manière suivante : comme 8 ou 9 est à un. Si l'économie, pendant un temps donné, ne reçoit pas de liquide, soit par l'absorption des muqueuses ou du derme; pendant ce temps les fonctions organiques n'éprouvant pas d'interruption, il s'échappera du corps par la transpiration sensible et insensible de la peau, par les voies pulmonaire et urinaire, une certaine quantité de liquide, qui simulera un amaigrissement, si la privation est poussée un peu loin : cette circonstance, d'après les fauteurs de l'opinion que je combats, devra faire prédominer l'absorption sur la composition. On voit donc que, partant des mêmes principes, nous arrivons à des conclusions bien différentes.

Cependant, combien de circonstances la plupart inconnues, ne peuvent pas faire cesser l'action des vaisseaux absorbans et priver, par là, l'organisme d'une partie de ses fluides? la plupart des inflammations sont dans ce cas. Les émolliens et les déplétions sanguines, si éminemment utiles alors, ne peuvent trouver d'explication dans leur mode d'action, que d'après les phénomènes que nous venons d'énumérer. Le contraire aura lieu dans les anasarques, sous l'influence desquelles quelques malades lâchent une quantité d'urine triple, décuple de celle des liquides introduits dans l'organisme. Dans ces cas il paraît plus rationnel d'admettre une augmentation dans l'action des vaisseaux absorbans (1). L'état des hydropiques et des fiévreux, vient constater la vérité de notre assertion; les premiers sont bouffis et les seconds amaigris, comparativement à leur état naturel. Rendez aux seconds leur faculté absorbante et en quelques heures, ou même en quelques jours, ils auront repris leur embonpoint précédent; faites perdre aux seconds cette faculté outrée, il reprendront leur premier état. Il n'est pas nécessaire, comme on le voit, d'avoir recours à l'absorption interstitielle pour expliquer ces changemens de l'habitus.

Des expériences directes ont été tentées pour prouver qu'un changement presque subit peut s'opérer chez l'animal, lorsqu'il est sous l'influence d'un modificateur externe, assez actif pour le provoquer. M. Riccord rapporte qu'ayant donné à des chiens du suc de pomme de mancellinier, ces animaux, au bout de quelques heures, présentaient un amaigrissement considérable. (*Bibl. méd. nat. et étrang.*, 1829, pag. 44). Comment expliquerait-on ce changement subit par la théorie admise aujourd'hui en physiologie? Personne ne peut douter que les fluides seuls occasionnent la diminution ou l'augmentation comparatives du corps. Le règne végétal nous offrira à cet égard des preuves aussi concluantes. Les plantes herbacées, exposées pendant l'été à l'ardeur du soleil, surtout lorsque le sol est sec, perdront tout à coup leur vigueur, les feuilles se crisperont et tomberont le long de la tige; la tige elle-même perdra de son volume et deviendra crispée; tout l'habitus de la plante enfin sera changé; soustrayez pour quelque temps cette plante aux rayons solaires et donnez lui de l'eau, bientôt après les feuilles se redresseront, reprendront toute leur beauté, et la tige ne tardera pas à recouvrir son ampleur et sa majesté première. Ces phénomènes se reproduisent dans les maladies; une fièvre intense peut en quelques jours faire maigrir considérablement le malade, de là l'expression : *la fièvre, le mine, le consume.* Les crises elles-mêmes ne sont que l'expression d'un changement subit dans l'organisme, qui fait que les fonctions ayant repris leur action, la maladie étant interrompue, tout tend vers la consolidation de la santé, par le libre exercice des organes. Aussi les individus émaciés n'offrent-ils que des tissus secs et arides, mais présentant la même pesanteur spécifique que ceux d'un animal replet, auquel on aurait préalablement fait subir le même degré de dessiccation. Les tissus mous, pris sur un animal amaigri, perdront peu de volume par la dessiccation, par la raison qu'ils offrent peu de liquides, et que ces derniers formant les 8 ou 9 10e du total, leur quantité était considérablement diminuée dans l'état de vie. Il en est de même des tissus naturellement secs; tels sont les tendons, les aponévroses, les os et les parois artérielles. Les végétaux ligneux, qui contiennent naturellement beaucoup moins de fluides que les animaux, perdent par la dessiccation beaucoup moins de leur volume.

En admettant la décomposition de nos organes, je veux parler des solides restant après la dessiccation complète des parties; il devra arriver un temps où plus aucune de nos parties qui, dans les premiers âges de la vie les formaient, n'existera en nous. C'est aussi ce qu'admettent un grand nombre de physiologistes. Le temps nécessaire à ce renouvellement est, d'après les uns, de 3 et suivant d'autres, de 7 ans; portons la supposition beaucoup plus loin et admettons que le renouvellement total s'effectue en 20 années, qui nous paraît le *nec plus ultrà.* Il est évident que pendant ce laps de temps il doit arriver ou que les tissus vont toujours en se condensant et en s'alongeant malgré le travail décomposant ou absorbant, et alors les divisions établies par les physiologistes sur la prédominance de l'une ou de l'autre de ces fonctions d'après les périodes de la vie, cessent d'elles-mêmes; et la composition prédomine jusqu'à la mort, puisqu'après la période de vingt ans le même tra-

(1) C'est le contraire qui est admis par nos physiologistes modernes.

vail se continue, ou bien on est obligé d'admettre ces époques tranchées de la vie, où, tantôt la composition domine l'absorption, tantôt ces deux fonctions se contrebalancent, et une dernière où la décomposition l'emportant sur son antagoniste, l'organisme perd son embonpoint et son volume. Aucune de ces suppositions ne peuvent exister purement et simplement, car, chez les vieillards les os, tous les tissus enfin, quoique moins volumineux que dans le jeune âge, sont toujours plus lourds et plus compacts. La même chose a lieu dans les végétaux, preuve évidente que la nutrition n'a pas cessé un instant de se faire dans les tissus. On a confondu l'accroissement avec la composition; ceci est tellement évident que dans l'enfance, époque de la vie où celui-ci domine, la condensation des tissus est bien imparfaite et lente; tandis que dans l'âge mûr, tous les appareils croissent encore, non plus en longueur comme dans l'enfance, mais en épaisseur et en diamètre. La vieillesse est caractérisée, non plus par ces deux accroissemens, mais par une condensation plus lente de tissus, qui les rend moins aptes à l'exécution pleine et entière des fonctions dont ils sont chargés.

Passons maintenant aux explications que donnent les auteurs pour prouver le mécanisme de la décomposition organique. D'abord, ils ne l'admettent que dans les tissus graisseux et musculaires, parce que dans l'état d'émaciation portée au plus haut degré, les systèmes nerveux, osseux, digestif, membraneux en général ne souffrent aucune perte de substance à moins qu'ils ne soient envahis par des ulcérations, etc. Quoiqu'admise comme phénomène général par les physiologistes, elle ne l'est dans son application qu'à quelques tissus; ceci seul suffirait pour faire tomber cette fonction hypothétique; mais on va plus loin; voici comment s'exprime le savant professeur du Val-de-Grâce. *La chimie organique, compose le corps en longueur et en épaisseur, mais elle ne le décompose qu'en épaisseur.* (Trait. de phys. appl. à la path. Brux. 1823. t. 2. p. 446.) et plus loin à la page 448. « De quelque manière que l'on veuille expliquer ces phénomènes, il faudra toujours convenir qu'il est dans chaque fibre une base constante que jamais la décomposition normale ne peut attaquer. » Nous concevons à peine, ou pour mieux dire, pas du tout, que, d'après des lois constantes de composition et de décomposition, il puisse se faire, qu'un phénomène contraire à la composition, s'opère en même temps et dans le même organe, quand, selon lui, la composition ne serait qu'un épanchement avec attraction organique des molécules. Nous ne concevons pas davantage, que des organes perdent en épaisseur une partie de leur volume (prise dans les solides), tandis que ces mêmes organes à leur plus grand état de développement apparent, n'offrent pas plus de poids à l'état de dessiccation que des organes qui ont perdu une grande partie de leurs particules composantes. Le phénomène de la décomposition, d'après M. Broussais, ne peut avoir lieu que dans les couches les plus extérieures, parce que les fluides extravasés venant les former et les augmenter successivement, les orifices des vaisseaux sont seuls capables de les liquéfier et de rendre au torrent général de la circulation les particules détachées. Dans l'enfance et même dans tous les âges de la vie, il serait difficile d'expliquer la décomposition de la couche immédiatement inférieure à celle qui est la plus externe, d'autant plus que dans le jeune âge, il se passe quelque chose de plus contradictoire, c'est qu'alors les tissus au lieu de n'offrir qu'un équilibre constant s'augmentent continuellement jusqu'à l'âge mûr; telle est du moins l'opinion la plus généralement admise.

Le résultat de nos discussions vient encore prouver l'erreur dans laquelle sont tombés la plupart des physiologistes qui admettent la décomposition. Voici ce que nous trouvons après la mort occasionnée n'importe par quelle maladie, pourvu toutefois que les tissus dont il va être question, ne soient pas eux-mêmes attirés ou livrés à une désorganisation plus ou moins grande.

Le système musculaire paraît diminué dans son épaisseur; le tissu adipeux semble avoir disparu, par l'état de vacuité dans lequel se trouvent ses utricules. Mais les tissus osseux, nerveux, etc., sont restés intacts, le cerveau remplit toujours la cavité crânienne, la moelle épinière le canal vertébral; les viscères ont conservé leur volume; les vaisseaux, de quelque nature qu'ils soient, sont les mêmes après l'amaigrissement que pendant l'état de replétion. Comment donc se fait-t-il que tout reste dans le même état dans ces tissus? tandis qu'il y aurait soustraction des molécules dans les systèmes musculaires et graisseux. M. Broussais explique ce phénomène par la concentration de la vitalité générale dans les viscères.

Les molécules, avons nous dit, qui pendant un certain temps ont fait partie de nos organes, s'usent et deviennent impropres ou plutôt nuisibles au maintien de l'harmonie des fonctions et porteraient préjudice à la santé des individus si elles n'étaient aussitôt expulsées au dehors; telle est encore l'opinion généralement admise. Ces molécules deviennent des corps étrangers, par conséquent sont absorbées, portées ensuite dans le torrent de la circulation, puis séparées de la masse du sang par les émonctoires du corps. Pour expliquer la mort de ces particules, il nous paraît nécessaire d'admettre deux vies, une partielle, présidant à la nutrition et à la décomposition, l'autre générale, maintenant l'organisme dans un état d'harmonie avec les agens extérieurs. La vie moléculaire ou partielle, serait beaucoup plus courte que la vie générale, etc. Toutes ces suppositions ne peuvent pas être prouvées, ni même admises, parce que la raison et tout ce qui existe comme positif dans les sciences physiologiques et naturelles en prouve l'absurdité. Non-seulement la supposition première est hypothétique et contraire à la raison, mais, ce qui plus est, elle ne suffit pas pour l'explication du phénomène. Il faudrait encore admettre pour chacune des deux fonctions, *l'assimilation* et *l'absorption*, qui ne peuvent pas, comme le dit M. Broussais, obéir à une seule et même loi et être exécutées par un ordre de vaisseaux particuliers; chacun de ces vaisseaux devrait

lui-même être soumis aux lois de la décomposition; et, je le demande, par quels vaisseaux s'effectuerait l'absorption des parois de ces derniers, ou, autrement dit, les parois du *vasa-vasorum?*

En admettant même la supposition de *Ruysch* qui regarde les êtres organisés vivans animaux, comme des composés des vaisseaux plus ou moins contournés sur eux-mêmes pour former les organes, elle ne servirait pas à l'explication du fait.

Nous venons de prouver par le raisonnement et par les faits pathologiques que l'absorption interstitielle des auteurs ne peut pas exister comme fonction; il nous reste encore à parler des expériences de Duhamel et autres, que nous avons répétées, en y ajoutant celles d'une autre espèce que nous avons tentées pour prouver la fausseté des conclusions que les physiologistes en ont tirées. (*La suite à un prochain Numéro.*)

Observations propres à démontrer l'utilité de l'application permanente des sangsues dans les plaies de tête; recueillies à l'hôpital militaire de Namur et publiées par M. Tosquinet, M.-D., médecin-adjoint au dit hôpital.

L'utilité de la saignée dans les lésions traumatiques du crâne et de son contenu est une vérité pratique désormais incontestée : appliqué avec la plus heureuse hardiesse par les chirurgiens de tous les temps, ce moyen thérapeutique fut momentanément négligé par l'admission de la théorie, plus brillante que solide, de J. L. Petit sur la cause des principaux phénomènes des plaies de tête; mais, derechef mise en honneur par les travaux de Desault et de Bichat, elle a reçu dans les derniers temps, de ceux du célèbre chirurgien en chef du Val-de-Grâce, le Dr Gama, la plus éclatante sanction.

Il serait superflu de reproduire ici les excellens argumens par lesquels ce praticien combat et renverse la théorie, encore trop généralement admise de J. L. Petit, mais il ne sera pas inutile d'ajouter qu'il a apporté une importante modification au mode suivant lequel on pratique les émissions sanguines dans les plaies de tête, et qu'aux saignées par la lancette (auxquelles cependant il est loin de renoncer) et aux sangsues, appliquées en grande quantité, en une seule fois et à des époques interrompues, il préfère l'écoulement permanent du sang obtenu par l'application soutenue de ces précieux annélides.

Depuis plusieurs années, M. le Dr Fallot, médecin principal de l'hôpital auquel je suis attaché, fait usage de cette méthode dans toutes les inflammations viscérales et croit devoir lui attribuer une grande partie du succès qu'il obtient dans leur traitement. Dès que par l'application d'un certain nombre de sangsues il voit les symptômes d'une phlegmasie interne décroître, il en applique de nouvelles sur les *morsures encore saignantes* des premières et poursuit cette médication jusqu'à ce que le travail inflammatoire soit tout à fait abattu ou que l'état du malade lui indique que le temps des émissions sanguines est passé. On retrouve l'indication de cette méthode dans un grand nombre d'observations qu'il a publiées et entre autres celle d'un croup chez un adulte (*Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales*, tome XXIX, page 333). Chaque jour de nouveaux faits, qui se passent sous nos yeux, viennent nous prouver la bonté de ce moyen thérapeutique et sa supériorité sur les autres.

Si je ne craignais de me perdre au milieu du champ des hypothèses, j'essayerais une explication du fait, mais je préfère, pour le moment, me borner encore au rôle modeste de rapporteur. Il ne me faut pas moins que l'espoir de fournir une part, quelque faible qu'elle soit, de tribut à la science et d'être utile à l'humanité, à la cause de laquelle j'ai voué ma vie, en publiant les observations suivantes, recueillies dans un très-court espace de temps et concluantes, à mon sens, en faveur de la méthode des émissions sanguines permanentes dans les plaies de tête, pour vaincre l'appréhension que j'éprouve à me faire imprimer. Si elles sont favorablement accueillies par mes honorables confrères, ce sera pour moi la plus douce récompense à laquelle je puisse aspirer.

Obs. I. — *Coup de bouteille sur la tête. — Paralysie complète de la sensibilité du membre thoracique du côté du coup, paralysie incomplète de la motilité dans le même membre. — Guérison.*

Bockmans Pierre, du 2me bataillon du 10me régiment, 32 ans, blond, fort, est apporté, le 23 mars 1836, à midi, à l'hôpital militaire. Il est dans un état de stupeur remarquable; à peine répond-il aux questions qu'on lui fait et encore d'une manière fort inexacte. Il se plaint d'un violent mal dans toute la tête et porte souvent la main droite au front. Il contracte à tout moment les muscles de la face et du front, et, dans cette contraction, on démêle une signification de profonde souffrance. A la partie latérale *gauche* supérieure et postérieure de la tête, vers le point de rencontre des sutures sagitale et lambdoïde, on voit une escarre noire de la grandeur d'une pièce de deux francs, qui recouvre une plaie qui lui a été faite, il y a trois jours, d'un coup de bouteille, dans une maison publique. Cette plaie est fort sensible, la moindre pression y détermine beaucoup de douleur. Il y a une légère égratignure sous l'œil gauche.

Le membre thoracique gauche, à demi fléchi et contracturé, est frappé dans toute son étendue de la plus complète insensibilité et la motilité y est singulièrement lésée; car, outre la contracture, il y éprouve un tremblement continuel dès qu'il le soulève; il ne peut tenir dans la main un gobelet au quart plein de tisane au delà de quelques secondes et ne peut porter cette main jusqu'à la bouche. On ne constate aucune lésion ni dans le membre pelvien ni à la face de ce côté.

Le pouls est à 120; la peau est chaude, un peu moite; pas de selles depuis trois jours. *Médication.* On fait une

saignée de trois livres, on prescrit de l'eau froide sur la tête, préalablement rasée, et dix sangsues toutes les deux heures aux apophyses mastoïdes, de sorte qu'à minuit il y en a eu 40 d'appliquées. On n'en met plus alors que quatre toutes les trois heures. Dans la soirée on a fait passer un lavement qui a procuré une selle copieuse.

Le lendemain, à huit heures du matin, il jouit de toute son intelligence; le mal de tête a disparu; la sensibilité est en partie revenue au bras et les mouvemens y sont beaucoup plus libres. Le pouls est à 80, d'une force moyenne; peau souple, transpiration halitueuse. On prescrit deux grains d'émétique dans deux livres d'eau à prendre dans la journée et on continue à faire mettre quatre sangsues toutes les trois heures jusqu'à huit heures du soir. Alors l'épithème froid est seul continué.

Le 25, il va mieux encore que la veille. Il a dormi toute la nuit. La sensibilité est aussi développée qu'auparavant dans le bras; il n'y a plus qu'un peu de raideur. Il demande avec instance à manger : on lui accorde deux bouillons.

Les jours suivans la raideur disparaît et le 31 il mange les trois quarts. On lui accorde la sortie le 11 avril 1836.

Obs. II. — *Ivresse. — Chute d'un premier étage sur le pavé. — Plaie contuse de la mâchoire inférieure avec fracture ou extraction violente de plusieurs dents. — Perte complète de connaissance. Ecoulement de sang par les deux oreilles. — Conduit fistuleux persistant longtemps. — Guérison.*

Wallope, du dépôt du 7me régiment d'infanterie, 34 ans, peau brune, basanée, habituellement bien portant, a bu toute la journée du 24 mars 1836. Il n'est rentré que dans la nuit à la caserne; s'étant levé, vers cinq heures du matin, pour satisfaire un besoin, il se fourvoie dans un corridor et se précipite d'une fenêtre du 1er étage, qu'il prend pour une porte, sur le pavé de la rue. Il est transporté aussitôt à l'hôpital où nous constatons ce qui suit : il a perdu connaissance; il chuchotte entre les dents quelques mots qu'il nous est impossible de comprendre; la lèvre inférieure, à partir d'un travers de doigt de la commissure gauche jusqu'à la même distance de la droite, est détachée et pendante. La ligne de division longe, mais deux lignes environ plus bas, la séparation de la muqueuse et de la peau et se termine en remontant un peu, de sorte que le lambeau pendant ne tient plus qu'à un pédicule de la grosseur à peu près d'une plume à écrire; quatre dents (les deux incisives, la canine et une molaire gauche) avaient été brisées et arrachées à la mâchoire supérieure; du sang coule des deux oreilles, avec assez d'abondance de la droite, avec moins de la gauche. Il tient la main sur le téton droit, cette région paraît un peu gonflée et la pression y détermine de la douleur; aucune paralysie; peau froide; pouls petit, presque insensible.

Nous ne jugeâmes pas à propos de faire tout de suite une émission sanguine générale et nous nous décidâmes à attendre pour cela qu'il se fit une réaction. Nous nous contentâmes pour le moment de rattacher la lèvre pendante par trois points de suture.

Vers huit heures, la réaction commença à s'opérer; M. Fallot fait faire alors une saignée de deux livres, et appliquer de l'eau froide sur la tête, des cataplasmes chauds aux pieds et des sangsues toutes les deux heures aux apophyses mastoïdes. A dix heures, il survient des convulsions, beaucoup d'agitation; il ne parle ni entend; quelque chose de hagard se remarque dans tout son faciès. A quatre heures, il y a eu 40 sangsues appliquées, mais, comme la fièvre est fort intense, on fait une 2e saignée de deux livres; immédiatement après, on continue à appliquer les sangsues et autres moyens de la même manière qu'avant la saignée jusqu'au lendemain matin. Alors, bien qu'il n'ait pas du tout dormi, les convulsions et l'agitation ont cessé; il a recouvré l'intelligence et parle un peu; il n'éprouve plus que du malaise et une douleur assez vive au téton droit; la soif est intense, pourtant la peau bonne et le pouls à 60. On prescrit encore quatre sangsues toutes les trois heures derrière les oreilles et la continuation de l'épithème froid sur la tête jusqu'à six heures du soir.

Le 27, le malade est bien; le mal du côté n'existe plus; il demande à manger, ce qu'on lui refuse parce que la soif est encore vive.

Le 28, le mieux être est manifeste, on le nourrit légèrement. Les jours suivans, amélioration progressive; le lambeau de la lèvre est recollé et la cicatrisation est complète le 14 avril : il n'existe plus qu'un trajet fistuleux s'ouvrant d'une part dans la bouche sur la face externe du maxillaire inférieur, vis-à-vis la canine enlevée et d'autre part à la région supérieure et latérale gauche du cou, dans les environs de la glande sous-maxillaire.

Ce conduit fistuleux persiste, malgré tous les moyens employés en cas pareil, pendant longtemps, ce qui du reste n'influe en rien sur la santé générale.

Obs. III. — *Coup de pied de cheval au front. — Enfoncement profond d'une portion du frontal. — Perte complète de connaissance. — Convalescence un peu forte.*

Le chasseur à cheval Waut, 22 ans, d'une bonne constitution, a été apporté, le 1er mai 1836, vers six heures du matin, à l'hôpital, dans l'état suivant : il est sans connaissance; il existe au front, à deux travers de doigts de la bosse nasale et sur la ligne médiane, une plaie semi-lunaire au fond de laquelle on sent l'os brisé, enfoncé à plus de deux lignes. La portion ainsi déprimée peut avoir la grandeur d'une pièce de cent sous; les yeux sont fermés, il les entr'ouvre cependant quelquefois et ils ont alors une expression singulièrement étrange; les membres sont dans une résolution complète; le pouls est petit, lent et la peau froide.

Nous apprenons que cet homme, ayant été de garde

à l'écurie la nuit, a reçu au front un coup de pied de cheval, vers trois heures du matin, qui lui a fait la plaie décrite plus haut et qu'il est resté étendu sur de la paille jusqu'à six heures par la faute d'un milicien qui était son camarade de garde dans la même écurie.

On le mit dans le lit et on attendit, pour lui faire une saignée de deux livres, que la réaction s'établit, ce qui eut lieu vers huit heures. Arrivé alors, M. Fallot ordonna d'appliquer dix sangsues aux tempes de deux en deux heures, des cataplasmes émolliens et chauds autour des pieds et l'eau froide sur le sommet de la tête, ce qu'on continua sans interruption jusqu'à 8 heures du soir.

Après la saignée générale, il sortit un peu de l'état soporeux dans lequel il était plongé, mais y étant retombé vers midi on crut devoir prescrire des sinapismes aux pieds.

A quatre heures, il se manifesta de l'agitation, le pouls s'était considérablement accéléré et la peau était brûlante. On fit enlever les sinapismes qui furent remplacés par des cataplasmes émolliens. On ordonna un lavement qui procura une évacuation abondante.

La nuit fut bonne, elle se passa sans agitation, seulement les sangsues et la compresse imbibée d'eau froide le gênaient et il voulut, à diverses reprises, s'en débarrasser.

Le 2 au matin, il a repris connaissance, il parle mais il entend dur, il est attentif à tout ce qui se passe autour de lui; le pouls est à 90 et la peau bonne. On prescrit 20 nouvelles sangsues pour la journée, la continuation du froid sur la tête et des cataplasmes aux pieds. La journée et la nuit furent assez calmes.

Le 3, on fait passer un lavement de séné et on lui donne à l'intérieur une once de crême de tartre dans du bouillon coupé, afin de tenir le ventre libre. Cette médication produisit cinq selles et un peu de soif.

Le 4 au matin, il y avait de nouveau un peu de fièvre; on l'attribua aux médicamens de la veille. Bientôt, du reste, elle disparut et le malade eut une nuit excellente.

Le 5, pas de fièvre. On donne un riz au lait le matin et un peu de bouillon l'après-midi. Il y a encore un peu de surdité.

Du 6 au 15, état stationnaire; la suppuration est abondante, d'une assez mauvaise nature; l'appétit ne se prononce pas et il n'a de selles qu'au moyen de lavemens.

Les jours suivans la suppuration devient meilleure, le fond de la plaie bourgeonne; l'appétit se déclare et les gardes-robes se régularisent.

Le 21, il mange la demie; il s'est levé et s'est même promené sans trop de fatigue pendant assez longtemps. La plaie est en voie de cicatrisation et nul doute qu'elle ne se ferme avant peu. Il n'entend pas encore aussi bien qu'avant son accident.

—

Coup-d'œil sur la nouvelle brochure de M. Eble, intitulée : *Considérations sur la blépharophthalmie catarrhale des armées, qui règne épidémiquement parmi les troupes Belges.* Traduit de l'allemand, sur le manuscrit de l'auteur, avec des notes, par MM. J. A. Von Kriss et F. Cunier.

Dans ce travail, on examine M. Eble de 1828, avec M. Eble de 1835; et on le compare avec MM. Jungken et Vleminckx, sur la même question.

Il est bon de savoir d'abord, qu'en 1824, M. Vleminckx, alors docteur en médecine, soutenait avec M. Vanseveudonck que, « l'ophthalmie exercera ses cruels ravages aussi longtemps qu'on laissera exister sa cause prédisposante (1) » ; celle-ci, d'après ces messieurs, « consiste dans une sorte de stase du sang dans les vaisseaux de la conjonctive oculo-palpébrale, occasionnée par le col dur que portent nos fantassins, et l'habit trop étroitement agraffé dont ils sont revêtus. »

Cette opinion fit surgir une masse d'écrits dont le plus grand nombre fut contraire à cette manière de voir et où l'on établissait qu'il fallait une autre cause pour expliquer la marche et les ravages de cette affection. Mais chercher cette cause dans l'atmosphère des localités, dans les murs, ou prononcer le mot *miasme*, c'était aux yeux de M. Vleminckx et de ses sectateurs, se constituer leur adversaire, et contrevenir aux lois du bon sens et de la véritable observation.

Nul n'aura de l'esprit que nous et nos amis !

Aujourd'hui, M. Vleminckx, inspecteur-général du service de santé de l'armée, sans perdre entièrement l'espèce de vénération qu'il a vouée à sa *prédisposition*, déclare que « l'action d'un *corps étranger* sur la conjonctive palpébrale, et le *processus inflammatoire* auquel » elle donne lieu, peuvent occasionner le développement du corps papillaire et faire naître des granulations (2) », et la granulation est foyer d'injection, puisqu'aussi longtemps que « *tous* les granulés n'auront » pas été éloignés des rangs de l'armée, il n'y a pas » lieu d'espérer que des cas de cette maladie cesseront » de se présenter, *toutes les autres mesures prescrites* » *fussent-elles rigoureusement mises à exécution* (3). »

Enfin, M. Vleminckx admet encore aujourd'hui « l'action *d'influences épidémiques et atmosphériques* auxquelles il attribue la propagation et l'exaspération du » mal, dans certaines circonstances, puis, *certaines* » *conditions* de l'atmosphère (4), éminemment propres à » *développer* la maladie ou à la rendre plus violente (5). »

L'observation de la nature nous dit M. Broussais, et avant lui le bon sens humain, finit nécessairement

(1) Bibliothèque médicale, tom. 1, pag. 107.

(2) *Abeille*, tom. 2, pag. 8.

(3) Discours préliminaire de M. Vleminckx en tête du premier ouvrage de M. Eble, pag. 23.

(4) *Abeille*, tome 2, p. 10.

(5) Ibid, p. 14.

après des détours plus ou moins longs, par ramener les hommes dans les voies de la vérité. C'est ainsi qu'a fait M. Vleminckx ; et si sa conversion n'est pas encore entière, cela ne peut tenir qu'au fidèle attachement qu'il porte à ce qui vient en partie de son imagination. Maintenant, soit à cause de sa position particulière, ou bien parce qu'il s'est trouvé en opposition avec les médecins allemands en qui, et par une prédilection toute spéciale, il a placé sa confiance ; M. Vleminckx a sans doute senti qu'il valait mieux être l'ami d'une vérité de tout le monde, que le camarade de la conviction intime de quelques cas ; du reste ne préjugeons rien, avant d'avoir examiné.

Je dois faire remarquer, pour l'intelligence des lecteurs, que les *Considérations* de M. Eble, traduites par MM. Cunier et Von Kriss, et publiées par eux, ont été imprimées dans l'*Abeille* avec des notes de M. Vleminckx ; qu'en conséquence, lorsque je citerai ce dernier, le n° de page sera celui du journal précité. Quand il sera question de M. Eble, les n^os^ seront ceux de son livre publié par M. Cunier, etc.

La *nature de la maladie* est traitée en trois paragraphes, et les opinions de M. Jungken servent partout de point de départ aux considérations, la plupart critiques, que développe M. Eble.

D'après le premier, « *l'ophthalmie par sa nature, doit* » *être rangée dans la classe des affections de l'œil con-* » *nues sous le nom de blennorrhée.* » Il déclare ensuite, « que les signes d'inflammation qui *accompagnent cette* » *maladie*, ne dépendent que de celle-ci. Enfin, que » cette dernière ne consiste qu'en une modification or- » ganique dans la texture de la muqueuse par le déve- » loppement du corps papillaire, par la formation de » la granulation, et *la maladie persiste aussi longtemps* » *que cette granulation de la conjonctive existe.* »

M. Eble attaque avec force ces deux choses que M. Jungken admet dans l'ophthalmie ; c'est-à-dire *l'inflammation*, et *la maladie* ou *modification organique* considérée indépendante de la première. M. Eble soutient que M. Jungken a pris pour des choses distinctes, des effets d'un même mode pathologique, *l'inflammation*, dont les degrés d'intensité ont seulement varié.

Il semble que ces médecins ont peu réfléchi sur les espèces de tissus où le phénomène morbide se passe successivement. Ils ont perdu de vue, j'aime à le croire, que l'inflammation est l'augmentation des phénomènes vitaux dans le système vasculaire rouge ; et que sans cesser d'être une augmentation de ces mêmes phénomènes, l'irritation secrétoire ou folliculaire, par exemple, diffère de la première et par son siége et par sa physionomie. Le passage suivant semble fortifier ma pensée :

« Il répondra peut-être, dit M. Eble, en s'adressant » à M. Jungken, que *la maladie peut persister* bien que » les *symptômes inflammatoires* se soient *évanouis*, et » qu'il en est de *même de l'ophthalmie catarrhale* pas- » sée à la seconde période ou *devenue chronique*. Mais » personne ne niera *qu'appelé assez tôt*, on ne puisse » guérir cette affection, par les moyens antiphlogisti- » ques. Cela serait-il possible, si elle était autre chose » qu'une phlegmasie. » (pag. 3.)

Malgré ce défaut de distinction du siége de l'augmentation des phénomènes vitaux, il demeure vrai que M. Eble a suffisamment réduit à nullité, sur ce point, le langage ontologique de son antagoniste.

D'après M. Eble, et conformément, dit-il, à son observation scrupuleuse et impartiale, « cette ophthalmie » d'après sa nature, consiste dans l'inflammation des » *papilles* de la conjonctive palpébrale. (pag. 4.) Il ajoute, » que le cours de cette phlegmasie est tantôt benin » tantôt violent, est *lent* ou *rapide*, avec la *disposition* » *particulière* du corps papillaire qui consiste en un » *développement prompt* et opiniâtre des papilles. Cette » *disposition particulière* sert à expliquer la *différence* » *qui existe entre l'affection qui nous occupe, et une* » *ophthalmie catarrhale ordinaire.* » (p. 4.)

Pour ce qui est relatif à l'existence du *corps papillaire*, je prie le lecteur de revoir les extraits du premier ouvrage de l'auteur que j'ai donné dans le cahier d'avril de ce journal ; ou bien l'ouvrage susdit de M. Eble aux pages 21, 34, 36, 37, 83, etc. Là on trouvera la preuve que ce *corps papillaire* est purement de l'invention de l'auteur ; et cette conséquence se déduit infailliblement de toutes les considérations incertaines et contradictoires, même des expériences à l'aide desquelles il cherche à prouver l'existence de ce corps.

Je dois encore faire remarquer, que d'après notre confrère de Vienne, l'ophthalmie est l'inflammation des papilles. Vous venez aussi de voir par l'extrait précité, que cette phlegmasie est tantôt *lente* ou *rapide* ; et que plus bas l'auteur ajoute que le développement des papilles est *prompt*. Or, comme une phlegmasie n'existe jamais sans le développement de la partie où elle siége, nous sommes forcé d'attendre que M. Eble ait eu le temps de nous dire comment nous devons concilier le développement *prompt* des papilles où siége la phlegmasie, avec la marche *lente* de celle-ci.

Toujours, d'après lui, ce *développement prompt* des papilles, *sert à expliquer la différence qui existe entre l'ophthalmie contagieuse et la catarrhale ordinaire*. Indépendamment de l'incohérence de langage que je viens de signaler, je vais vous *prouver par M. Eble*, que la *différence* susdite n'existe pas. « Tous les ophthalmolo- » gues les plus distingués, n'importe les lieux, les cli- » mats, la saison, le temps de paix ou de guerre, » avouent et sont obligés d'avouer, *que les deux* plus » hauts degrés de la blennorrhée aiguë et contagieuse, *ne* » *diffèrent pas* en leurs symptômes les plus importans, » de la blennorrhée ophthalmique catarrhale et aiguë » dans son plus haut degré. » (pag. 5.)

« *Par rapport à son caractère essentiel, et à son siége,* » elle se range (la contagieuse) sur la même ligne que » l'ophthalmie catarrhale, *et a avec elle la plus grande* » *identité de symptômes.* (pag. 17.)

» La conjonctive est le siége de deux ophthalmies. La » catarrhale ordinaire se fixe dès son principe dans la » *conjonctive oculaire* ; la contagieuse se borne à son dé- » but à la *conjonctive palpébrale.* » (pag. 6.)

Voilà déjà qui prouve que M. Eble est très-fort en matière de *différence ;* et quoique dans son autre ouvrage il se soit perdu en dissertation en cherchant à différencier, il montre encore une réminiscence à ce sujet. C'est ainsi que d'après son *observation scrupuleuse et impartiale*, «l'ophthalmie *contagieuse* (encore » pag. 17) ne diffère de la catarrhale, qu'en ce que le » *parenchyme* de la conjonctive est plutôt affecté dans » toute sa profondeur ; que le corps papillaire est con- » séquemment développé *en totalité ou* en *partie*, et » *qu'elle montre par là* une plus forte propension à l'in- » fection et à la propagation à d'autres individus.

» Cette différence, dit M. Vleminckx, pag. 11, doit » être prise en *sérieuse* considération par tous ceux » qui sont appelés à donner leurs soins aux malades » atteints de notre ophthalmie, elle sert à fixer avec » plus de certitude *le genre de traitement* qu'il convient » d'adopter dès *le début* de la maladie. »

Mais n'est-ce pas dans l'un comme dans l'autre cas le traitement antiphlogistique? l'une de ces affections n'est-elle pas comme l'autre une *inflammation dès le début?*

Quoi qu'il en soit, voilà donc encore, d'après M. Eble, une nouvelle et superbe explication de la plus forte propension à l'infection et à la propagation. Ne vous imaginez pas toutefois que ce soit sa dernière différence entre l'ophthalmie catarrhale et la contagieuse : Oh! non, car (et encore pag. 17) l'auteur déclare que «sui- » vant son opinion, la différence qui existe entre ces » deux affections, ne provient que de la particularité » des diverses influences malignes qui agissent actuel- » lement sur nos soldats.» J'avoue pour mon compte que j'eus préféré entendre M. Eble déclarer simplement que ce qui différencie une ophthalmie de l'autre, c'est que l'une est contagieuse, au lieu de nous mettre dans l'impossibilité de comprendre sa petite explication en quelque sorte métaphysique ou en argot médical.

M. Vleminckx qui veut lever la difficulté, «prétend » qu'il est plus logique de dire que la *différence des* » *symptômes* dépend plus spécialement *de la différence* » *des causes* qui produisent les deux affections. Dans » *l'ophthalmie catarrhale*, dit-il, les causes ont agit » brusquement et directement sur la *conjonctive oeu-* » *laire ;* de sorte que le développement marqué du *corps* » *papillaire*, ne peut point arriver tout de suite.

» Dans l'ophthalmie contagieuse le contraire a lieu, » *dans la très-grande majorité des cas ;* les causes qui » la *produisent* et la provoquent, agissent *plus exclu-* » *sivement et plus fortement,* quoiqu'avec *plus ou moins* » de lenteur, sur la *muqueuse palpébrale,* dont la tex- » ture a déjà subi d'importantes modifications, avant » que l'irritation ait envahi la conjonctive oculaire; » *avant que les malades se croient assez affectés* pour se » plaindre ou pour se dire malades. (pag. 11.)» Pour le coup, il est probable que M. Vleminckx a voulu mystifier ses lecteurs. Quoi! une *différence de symptômes* entre l'ophthalmie catarrhale et la contagieuse à leur début!! Mais remarquez bien que c'est l'opposé de ce que disent les deux célèbres médecins allemands dont les lumières ont été demandées pour corroborer la conviction de M. Vleminckx. Que *M. Eble, dont les conclusions,* comme vous l'a dit M. Vleminckx (1), *sont frappées au coin de la vérité et de la précision vient* d'avancer le contraire, et l'avait déjà établi aux pages 62 et 82 de son autre ouvrage! Qu'enfin M. Jungken qui, encore d'après M. Vleminckx (2) «*ne parle jamais autrement que d'après sa conviction intime*, vous a déclaré que l'ophthalmie contagieuse *dans la première période a la plus grande ressemblance avec une ophthalmie catarrhale.*» (M. Eble, pag. 3 du dernier mémoire).

Enfin, si M. Eble a raison en établissant dans ces deux ouvrages que l'ophthalmie catarrhale ne commence pas par la conjonctive oculaire, mais bien comme la contagieuse; c'est-à-dire, par l'une ou l'autre portion de la conjonctive palpébrale, alors il faut admettre que M. Vleminckx est dans l'erreur ou bien qu'il voit agir les causes avant que les malades se croient assez affectés, ou avant qu'il existe un état maladif visible.

Que dire de ces deux espèces de causes, dont les unes ont une prédilection pour la conjonctive oculaire, et les autres une préférence pour la conjonctive palpébrale? Que c'est une innovation diamétralement opposée à l'observation de nos mentors de l'Allemagne. Mais en admettant pour un moment cette allégation comme vraie, il doit être incontestable que les causes productrices de l'ophthalmie contagieuse dont parle M. Vleminckx sans désignation d'espèces, sont celles qui, comprimant le cou et la tête, donnent lieu aux congestions sanguines vers les yeux. Si je devine bien son idée, alors il faut avouer qu'il doit exister un rapport singulier mais très-direct, entre le *corps papillaire* et les portions vasculaires du cou dont les fonctions sont gênées lors du semi-étranglement.

Avouons qu'en définitif, M. Vleminckx a eu raison en disant (pag. 9) « qu'on s'engage dans une voie sans » issue alors qu'on cherche à expliquer l'apparition, » l'existence et la propagation de notre ophthalmie » *au moyen d'hypothèses*, à chaque instant contre- » dites par les faits. Le flambeau de la physiologie » peut seul nous éclairer dans cet obscur dédale, et » nous mettre à même de jeter quelque clarté sur une » des questions les plus difficiles et les plus importantes » tout à la fois, qui puissent s'offrir à l'intelligence hu- » maine. »

Veut-on encore de la contradiction chez M. Eble? En voici :

«La granulation de la conjonctive, (qu'on la con- » çoive comme on voudra) *n'est pas un symptôme ex-* » *clusif, un signe pathognomonique de l'ophthalmie* » *contagieuse,* je l'ai observée sous toutes les formes et » degrés dans la simple ophthalmie catarrhale. (pag. 4.)

» Tout homme expérimenté reconnaîtra que l'on ne » parviendra à extirper ce fléau (l'ophth. contag.) qu'en

(1) Discours de M. Vleminckx en tête du 1er ouvr. de M. Eble, pag. 8.

(2) Idem, pag. 15.

» détruisant d'abord cette source pernicieuse (la granu-
» lation) (pag. 26).

» Tous les genres d'inflammation de la conjonctive
» peuvent devenir contagieux, *sans différence*, et dans
» des circonstances difficiles à préciser. » (pag. 9.)

Il faut avouer que cette pauvre granulation est bien maltraitée et ballottée. Tantôt on lui fait occuper un rang distingué parmi les signes pathognomoniques de l'ophthalmie contagieuse; et bientôt après on la relègue au nombre des nullités. Oh! raisonnement ingrat et vertigineux!

M. Eble dit (pag. 8), « que dans le civil comme
» aux armées, on observe une inflammation de la *con-*
» *jonctive palpébrale*, produite uniquement par l'effet
» nuisible de la *poussière* ou *d'autres corps étrangers*
» dont l'action est mécanique. Que cette inflammation
» amène lentement dans la texture de la conjonctive
» palpébrale, *les mêmes modifications organiques que*
» *celles produites par l'ophthalmie contagieuse*, lorsque
» celle-ci règne épidémiquement, et que ces influences
» nuisibles continuent à exercer leur action. » A la place de cette dernière condition, M. Vleminckx préfère que l'on dise sous l'influence de *certaines conditions atmosphériques*. (pag. 8.) — A part cette différence, on conçoit très-bien, dit-il, que « l'action longtemps continuée
» *d'un corps étranger* sur la conjonctive palpébrale, et
» le *processus inflammatoire* auquel elle donne lieu,
» peuvent occasionner le développement du corps pa-
» pillaire et faire naître des granulations.

» M. Eble a peu ou point observé la contagion par
» contact; et d'après lui (pag. 10), on ne peut expliquer
» la véritable contagion autrement que par la propaga-
» tion au moyen de l'atmosphère d'une chambre où sont
» réunis plusieurs ophthalmistes affectés *de diverses*
» ophthalmies. »

A son tour, M. Vleminckx déclare (pag. 9), « qu'il est
» inutile de chercher à expliquer ce fait; qu'il n'est
» pas de médecin qui ne reconnaisse les fâcheux effets
» de *l'infection* sur des individus *déjà prédisposés*. »

Retenons bien en mémoire que M. Vleminckx reconnaît les fâcheux effets de l'infection, quoiqu'avec sa prédisposition. Plus bas, même page, il ajoute, que « l'ex-
» périence a prouvé depuis longtemps *qu'elle ne se pro-*
» *page pas dans les salles des hôpitaux militaires*. En-
» suite il raconte que *le très-petit nombre de cas* où
» elle se soit réellement propagée à *des individus*
» *sains*, loin de pouvoir s'expliquer par l'infection de
» l'atmosphère, ne sauraient être, au contraire, *raison-*
» *nablement* attribués qu'à l'application directe du pus
» sur des yeux sains jusqu'alors. »

Ainsi donc, *elle ne se propage pas; elle se propage*. Et dans ce dernier cas, M. Vleminckx invoque la raison au lieu d'établir son dire sur des expériences et des observations bien faites, propres à prouver sans réplique cette contagion par application directe du pus, au lieu de celle à distance. Il ne faut pas oublier du reste, que cette propagation a eu lieu à des individus *sains;* c'est-à-dire à ceux qui ne portaient pas encore la prédisposition; c'est bien cela je pense?

M. Eble, de son côté, et sur ce dernier point, avance (pag. 13), « qu'il possède les preuves les plus irrécusa-
» bles que cette ophthalmie pernicieuse atteint de pré-
» férence *les jeunes recrues* », et M. Cunier à son tour corrobore cette allégation en citant une foule de faits de même espèce, arrivés chez les recrues avant qu'ils eussent reçu l'habit militaire.

A la fin de la pag. 15, M. Vleminckx dit encore une fois, « que des personnes *saines mais déjà prédisposées*
» (car cette condition est indispensable) deviennent
» ophthalmiques dans ces mêmes salles, dont l'air est
» plus ou moins infecté, cela n'a rien d'étonnant en-
» core. »

Conséquemment, l'un veut que *sa prédisposition* préexiste; et les autres citent des faits qui prouvent que sans elle l'ophthalmie a été communiquée. — Nous résumerons plus bas cette divergence d'opinions.

M. Vleminckx demande (pag. 15) « voulez vous des
» exemples par milliers qui vous démontrent de la ma-
» nière la plus évidente, que *l'atmosphère infectée d'une*
» *chambre où se trouvent réunis* un grand nombre
» d'ophthalmistes, n'a point propagé la maladie? je suis
» prêt à les fournir. »

Bien, elle ne s'est pas propagée de cette manière, d'après vos faits; mais cela ne prouve pas qu'elle ne puisse ainsi se propager.

Il fournira des exemples par milliers; M. Eble aussi et enfin M. Cunier qui les indique dans presque tous les lieux de la Belgique où l'ophthalmie a régné. Qu'est-ce que tout cela prouve encore, même en admettant que le typographe ne se soit pas trompé par rapport au nombre de M. Vleminckx, sinon que la chose a eu lieu?

Il reste donc bien établi, d'après M. Vleminckx, et pour le moment, « que la prédisposition est la condi-
» tion *sine quâ non*, *la source* principale du mal, sans
» laquelle la maladie ne serait pas née ou ne régnerait
» pas (pag. 16) »; et sans laquelle enfin il n'est pas de contagion possible sinon par application directe du pus sur l'œil sain.

Il faut avouer que cette *prédisposition* ou sa cause, est quelque chose de bien funeste, et si M. Vleminckx ne nous eut pas dit que c'était tout simplement une congestion sanguine vers les yeux, sorte de stase, on pouvait la considérer comme étant une espèce de peste. Cependant sans lui attribuer des qualités aussi malfaisantes, il reste vrai que M. Vleminckx veut nous forcer par son langage à lui faire reconnaître un génie particulier puisqu'il déclare (pag. 16) « que sans la prédispo-
» sition la maladie ne serait pas née ou ne régnerait pas. »

En y regardant de plus près, et attendu que M. Vleminckx soutient (pag. 9) « que le flambeau de la phy-
» siologie peut seul nous éclairer dans cet obscur dé-
» dale, » nous devons croire que cette prédisposition, par sa nature, est toujours une congestion quelle que soit la cause qui la détermine. Et quant aux *causes de cette prédisposition*, et sans abandonner le flambeau de la physiologie, il faut inévitablement admettre qu'il en existe d'autres que celles qui compriment le cou. C'est

encore ce dont M. Vleminckx convient, puisqu'à la pag. 15 (discours préliminaire), il déclare que « les cavaliers ne sont davantage préservés que *parce qu'ils sont moins exposés* que les fantassins aux *refroidissemens comme à toutes les causes qui produisent* la congestion sanguine vers la tête et les yeux. » Or, la *prédisposition* a *d'autres causes* que la compression du cou par les objets d'habillement? il faut répondre oui. Eh bien! maintenant je vais vous faire répondre non: encore d'après M. Vleminckx; mais M. Vleminckx de février 1835 : « Sont *évidemment causes occasionnelles* » (pag. 13), les cheveux coupés trop court à la nuque, » l'abus des spiritueux, *le refroidissement*, le manque » de propreté en général et en particulier de la peau. » Les autres causes, mais qui favorisent *la prédisposition*, (causes prédisposantes de M. Jungken) sont « les cols » qui compriment trop le cou, et les schakos qui exer- » cent le plus souvent une compression sur le front. »

Vous voyez donc que M. Vleminckx est versatile, et qu'en cédant à la puissance de la vérité, il ne sait encore abandonner son idole. En décembre 1835, le refroidissement par exemple, était cause de la *prédisposition ;* et en avril 1836, ce même *refroidissement* est devenu *cause occasionnelle.*

L'ophthalmie contagieuse peut-elle naître sous l'influence de certaines causes, et sans que la *prédisposition* susdite ait préexisté ?

M. Vleminckx répond nécessairement encore oui, en déclarant (pag. 8) « que l'action longtemps continuée « d'un *corps étranger* sur la conjonctive palpébrale et » le *processus inflammatoire* auquel elle donne lieu, » peuvent occasionner le développement du corps pa- » pillaire, et faire naître la granulation. » Que faire après cela de sa *conditio sine quâ non* (la prédisposition) « du développement du mal, et par conséquent sa source » principale. » (pag. 16.)

M. Eble, de son côté, loin de prétendre qu'une semblable prédisposition soit indispensable au développement du mal, déclare au contraire que « toutes les causes » que j'ai transcrites plus haut, ont existé dans le même » quartier où se trouvaient différentes troupes sans que » pour cela un seul homme soit atteint de cette oph- » thalmie. » Il cite comme exemple le bataillon de grenadiers de Berizzi à Vienne, etc., etc. (pag. 20.)

D'autre part, M. Jungken (pag. 12) (1), dit : « On ne » doit pas croire qu'une seule des causes que je viens » d'énumérer puisse à elle seule faire naître la prédis- » position à contracter l'ophthalmie. » Et à la page 9, A, du même mémoire, il avance que *la tenue du soldat belge est excellente.*

M. Cunier à son tour déroule dans une note, une kyrielle de faits de cette nature, observés dans l'armée belge. Enfin, M. Lawrence, dans son estimable ouvrage, ne reste pas plus en arrière sur ce point que les médecins belges qui ont écrit sur cette maladie.

(1) Mémoire présenté à M. le ministre de la guerre, et publié en 1834.

Cette singulière diversité d'opinions serait bien capable de faire rire et pleurer. D'un côté M. Vleminckx, en contradiction avec MM. Eble et Jungken, tire aux cheveux leurs écrits afin de pouvoir faire revivre sa *prédisposition sine quâ non.* D'un autre, M. Eble, par sa critique du mémoire de M. Jungken, semble formalisé de la haute faveur que l'on a accordé à ce dernier, en l'appelant en Belgique pour y satisfaire tous les partis. Enfin, MM. Cunier, etc., subordonnés de M. Vleminckx citent des faits qui sont opposés à ceux que leur chef avance.

Ecrive qui voudra, chacun à ce métier,
peut perdre impunément de l'encre et du papier.

Mais puisque là où la compression du cou n'a pas eu lieu, et que des individus ont reçu la contagion, tandis que d'autres en ont été préservés, il faut bien admettre une prédisposition individuelle? Qu'est-elle?

Si elle n'est pas une certaine exagération de l'irritabilité d'un tissu, qui donne à celui-ci une intimité plus puissante de rapport avec les agens producteurs des maladies irritatives ou inflammatoires, alors je ne sais plus ce qu'elle est.

Cependant il reste incontestable pour qui que ce soit, que sur quelques individus qui deviennent malades sous l'influence du froid, par exemple, l'un contracte une pleurite, un second une péritonite, un troisième un cystite, etc., etc. Or, puisqu'ils n'ont pas tous contracté une pleurite ou une cystite, il faut bien admettre chez chacun de ces sujets ou plutôt dans leurs tissus, devenus malades, une prédisposition. Celle-ci existe de la même manière pour l'ophthalmie, soit pour celle communiquée, ou pour celle qui, quoique contagieuse, s'est développée spontanément.

Pour MM. Jungken et Eble, ce qu'ils nomment prédisposition individuelle ou *interne*, respire l'ontologie médicale; et dans ce cas M. Vleminckx a eu raison de dire (pag. 12) « que cette prédisposition *interne* est un de ces *expédiens étiologiques.* » Mais cela ne veut pas dire que M. Vleminckx n'admet pas une prédisposition individuelle; et pour le prouver je renvoie à la page 11 de son discours préliminaire au 1er ouvrage de M. Eble. On y lira, « que les ophthalmies catarrhales, catarro- » rhumatismales, etc., se transforment ou peuvent se » transformer par les *prédispositions individuelles*, etc., » en véritables blennorrhées. »

Au sujet de la contagion immédiate et à distance, que disent ces messieurs ?

M. Jungken s'exprime ainsi, mémoire cité : « *par une* » *expérience assidue de beaucoup d'années, je me suis* » *convaincu que cette maladie est contagieuse, et qu'elle* » *se transmet d'individus à individus, par le transport* » *de la matière sécrétée par des yeux malades sur des* » *yeux sains ; et que, sous l'influence de certaines con-* » *ditions, et de circonstances favorables, elle peut de-* » *venir miasmatique et s'étendre en infectant l'atmos-* » *phère.* »

M. Eble, qui admet aussi la contagion par contact

immédiat « considère cependant (pag. 10) l'atmosphère » infectée d'une chambre d'ophthalmiques, comme la » cause la plus fréquente et la plus propre à favoriser » la contagion et à propager épidémiquement cette af- » fection. »

M. Vleminckx déclare (pag. 11 de son discours préliminaire, « que les ophthalmies catarrhales, catarro- » rhumatismales, etc., se transforment ou peuvent se » transformer soit par les prédispositions individuelles, » soit par des *causes climatériques, atmosphériques ou* » *autres*, en véritables blennorrhées, et, par consé- » quent, devenir *contagieuses* par *contact* ou à *dis-* » *tance.* »

Mais M. Vleminckx vient d'avancer (pag. 15), « que » ni le transport médiat, ni le transport immédiat » d'un prétendu miasme, ne sont bien certainement » les causes principales occasionnelles de la maladie. » Alors comment la contagion à distance pourrait-elle avoir lieu, sinon par effluves ou miasmes?

Cette nouvelle versalité de M. Vleminckx n'est pas la dernière.

A la page 23 de son discours préliminaire, il déclare encore « qu'aussi longtemps qu'il y aura des gra- » nulés dans les rangs de l'armée, il n'y aura pas lieu » d'espérer que des cas de cette maladie cesseront de » se présenter, *toutes les autres mesures prescrites fus-* » *sent-elles rigoureusement mises à exécution.* »

Voilà bien d'après lui, que la granulation est la source de la *cause première.*

Voici une nouvelle cause. « Il est incontestable, dit-il, » (pag. 14), que *certaines conditions atmosphériques* sont » éminemment propres à *développer* l'ophthalmie, ou à la » rendre plus violente. »

Ensuite, à la page 124, il déclare « qu'on extirpera *indubitablement* l'ophthalmie, si l'on *commence* à éloigner toutes les *causes qui déterminent* la prédisposition. »

Puis à la page 123 on lit « que, malgré le grand » nombre d'hommes *renvoyés dans leurs foyers, il n'est* » *arrivé à notre connaissance qu'un très-petit nombre* » *de cas* où la maladie se soit propagée, et rien n'in- » dique que le transport IMMÉDIAT du pus en ait été la » cause. »

Et à la page 122, il est dit « que les deux *causes principales*, qui ont *reproduit* l'ophthalmie dans notre jeune armée, sont « 1° la réintégration dans ses rangs » d'un grand nombre des soldats de l'ancienne armée » des Pays-Bas, *qui étaient porteurs de granulations;* » 2° la tenue vicieuse et antihygiénique qui a été adop- » tée dès 1830, et maintenant *en partie* même jus- » qu'en 1836. »

« On ne voit *presque jamais* l'ophthalmie se propa- » ger aux malades atteints d'autres genres d'affections, » ni aux personnes saines, (p. 11). »

Maintenant, si les bornes d'un article de journal, ne m'interdissaient de longues discussions, je transcrirais une partie des instructions du premier mai 1834, destinées aux officiers de santé et aux chefs des corps au sujet des précautions à prendre à l'égard des ophthalmiques; et j'y trouverais que la grande partie des mesures prescrites respirent la crainte de la contagion. Mais qu'il me suffise d'avoir prouvé par la réproduction des passages ci-dessus, que M. Vleminckx est devenu enfin contagioniste; que s'il ne l'est pas encore *parfaitement*, cela ne dépend que d'un reste de l'ardente prédilection qu'il a vouée à *sa prédisposition.* Quoi qu'il en soit, j'ai l'intime conviction qu'il y renoncera bientôt entièrement, et que, pour me servir de ses expressions (pag. 16), « Elle ne lui apparaîtra plus que comme un » de ces rêves auxquels un homme de cœur et de con- » science ne se fait jamais scrupule de renoncer. »

Ce que l'on nomme *constitution atmosphérique*, sans savoir ce que c'est, exerce-t-elle, d'après ces messieurs, une influence, soit sur le développement, la marche, ou l'extension de l'ophthalmie contagieuse?

« La constitution de l'atmosphère, dit M. Jungken, » pag. 13 du mémoire cité, exerce une grande in- » fluence sur l'extension du *principe miasmatique* de » la maladie. »

M. Eble à son tour, (page 24), dit : « *ce je ne sais quoi* » d'inconnu qui existe dans l'atmosphère, *détermine* » tout à coup notre maladie, et la fait passer à un de- » gré supérieur lorsqu'elle existait déjà à un faible » degré. »

« Voyez-vous, demande M. Vleminckx à M. Eble, page » 14, *ce je ne sais quoi* d'inconnu dans l'atmosphère, » que, dans notre ignorance, nous appelons *électricité* » et qui produit ou conduit la contagion?

Mais plus bas, *même page*, il déclare « qu'il est in- » contestable, que *certaines conditions* de l'atmosphère » sont éminemment propres à *développer* l'ophthalmie » ou à la rendre plus violente. »

Voyez aussi l'extrait précité de la page 11 de son discours préliminaire.

Telle est la concordance de ces messieurs sur cette question miasmatique.

M. Eble, page 17, dit : « qu'il est bon de noter que » les soldats sont sous une surveillance continuelle, et » que les médecins *peuvent* découvrir chez eux l'oph- » thalmie *dès son début.* »

Tenez compte de cette déclaration qui est parfaitement conforme au bon sens. Souvenez-vous aussi, « que la granulation n'est pas un signe pathognomoni- » que de l'ophthalmie contagieuse, et que M. Eble l'a » observée sous toutes les formes et degrés dans la *sim-* » ple ophthalmie catarrhale; (pag. 4) et dites-moi, s'il vous plaît, pourquoi M. Eble, d'accord avec M. Jungken avance ensuite, page 37, « qu'il ne faut désigner » que des hommes instruits pour rechercher les indi- » vidus qui portent la granulation de la conjonctive; » et que cette *tâche importante* ne doit être confiée » *qu'à un médecin qui en connaisse bien toutes les* » *nuances, tous les symptômes.* »

Bravo, messieurs les ophthalmologues allemands, mystifiez les médecins belges qui dans cette question ont reclamé votre intervention, votre expérience et vos logiques dissertations; mais soyez persuadés qu'aux yeux des autres, vous ne passerez pas pour des hommes

inspirés du ciel, et vous ne leur ferez pas croire qu'il existe un GERME de l'ophthalmie là où se trouve l'état de santé *pour celui* qui n'a pas les lumières de votre siècle. (Voyez page 37.)

Cependant, M. Cunier déclare dans une note, que *cette remarque de M. Eble est on ne peut plus juste* (médecin qui connaisse bien *toutes les nuances* tous les *symptômes* de l'ophthalmie.) En matière de justesse à accorder à M. Eble sur la question de l'ophthalmie, je céderais volontiers ma part. En effet, et indépendamment des contradictions que j'ai signalées dans son dernier mémoire; souvenez-vous que dans son *premier ouvrage* il raconte « que l'inflammation de la conjonctive portée au maximum de son intensité, peut être contagieuse sans granulation (page 126). Que chaque conjonctive malade, offre une altération *sui generis qu'il est impossible de définir.* (Suite de la page 133.) » Que l'ophthalmie contagieuse ne suit pas toujours la » même marche, et que son cours dépend en grande » partie de mille accidens bien connus, (page 90). Que » nos sens ne sont pas toujours assez déliés » (excepté probablement ceux de M. Eble et de ses sectateurs) « pour saisir les *nuances presque imperceptibles* qui » différencient chaque symptôme morbide (page 91). » Que chaque degré de l'inflammation de la conjonctive ne saurait être précisé sans contrainte (page 91).

« Qu'enfin il est véritablement à regretter que le diagnostic de ce mal dévastateur, bien *qu'étudié avec soins dans les divers pays* (excepté en Belgique disent MM. Jungken et Eble, page 36 du dernier mémoire) « ne présente encore rien de fixe et de certain, » (page 148); et finalement, que notre ophthalmie par » des rapports atmosphériques dure un certain temps » *avant de pouvoir être définie à priori*, et sans que » l'art des hommes soit dans la possibilité de s'opposer » à son cours (page 25 du dernier ouvrage).

Triste consolation, dit M. Cunier, et nous tous devons avouer que ce ne sont pas là des *remarques justes*, mais bien l'œuvre de ceux dont les écrits ont été traduits et distribués pour l'instruction des médecins militaires belges. Honneur aux hommes qui ont eu cette belle et grande idée!! Le corps des médecins de notre pays leur doit une couronne civique à la manière des romains.

Cette incertitude du diagnostic de l'ophthalmie contagieuse que nous trouvons dans les écrits de nos confrères de l'Allemagne, est une des nombreuses preuves de la prépondérance de leur goût pour la prolixité incohérente, sur l'exactitude de l'observation, et notez bien, que tels qu'ils sont, ces messieurs se sont érigés en emporte-pièce contre les médecins militaires belges. En effet, MM. Jungken et Eble « sont portés à croire » que ces derniers ne possèdent point les connaissances » nécessaires, et spécialement en ophthalmologie (page 36).» Absolument comme polichinelle, un compliment par derrière (au lieu de bosse), puis un autre compliment par devant. Effectivement. M. Vleminckx relève M. Eble (page 122), en citant un passage du rapport de M. Jungken, où celui-ci dit, *que le service sanitaire de l'armée belge est confié à des hommes instruits.* Ensuite M. Eble écrit à MM. Cunier et Vonkriss, « qu'il » ne comprend pas que l'on ait fait imprimer aux » frais de l'état et distribuer dans notre armée un » écrit (mémoire de M. Jungken) qui compromet l'honneur de notre service sanitaire » (page 36).

Il faut espérer que nos ophthalmologues allemands, pour peu que la chose dure encore, nous ferons bientôt jouer la comédie sur la question de l'ophthalmie. Mais en attendant, la presse sera chargée d'exposer leur haute capacité médicale dans cette matière, et l'espèce de foi que l'on peut accorder à leurs écrits.

Définitivement, d'après ces messieurs, comment reconnaît-on l'ophthalmie contagieuse?

Sur ma foi, il ne reste plus que la matière sécrétée par la conjonctive malade, qui puisse nous fournir le signe distinctif. « Cette matière, dit M. Jungken (1), est » d'autant plus dangereuse qu'elle ressemble en couleur » et en consistance à un pus de bonne condition. »

Demandez à M. Eble si c'est bien cela, et il vous répondra par la page 100 de son premier ouvrage « que » l'*observation lui a démontré* que l'ophthalmie con» tagieuse est telle *jusque dans son moindre degré.* » Consultez maintenant ce même M. Eble à la page 85 de son susdit ouvrage, et vous y trouverez que pendant la « *première période* de l'ophthalmie contagieuse, la sé» crétion *des larmes* augmente, et fait bientôt place à » une sécrétion *muqueuse* abondante qui *ouvre la* » *deuxième période.* » Passez ensuite à la page 93, et là seulement vous trouverez que la *matière puriforme* est sécrétée, « et que cela a lieu pendant la forme aiguë, » consécutive à la forme chronique; qu'enfin, c'est » *peut-être* ce dernier caractère *important* qui *distin*» *gue* l'ophthalmie contagieuse de *toutes les autres* » *blennorrhées* (page 91.) »

En vérité, je vous le dis, si la transmission d'une maladie d'un individu à un autre par l'effet d'un contact médiat ou immédiat d'un agent émané d'un tissu malade, n'était pas la contagion; et si celle-ci ne pouvait pas être appréciée par le premier intelligent venu, nous ne serions pas capable de trouver dans les écrits de nos médecins prototypes de quoi ébaucher notre conviction.

Nous avons vu (page 17) que M. Eble a déclaré que l'ophthalmie contagieuse a avec la catarrhale la plus grande identité de symptômes; et qu'elle se range sur la même ligne par rapport à son caractère essentiel et à son siége. Eh bien, dans son premier ouvrage (page 77), il recommande de ne pas « oublier que *toutes les formes* » *ophthalmiques*, tant *celles déjà traitées que celles* » *qu'il examine plus bas*, ont avec la blennorrhée » proprement dite, *une identité presque complète.* » Or, si nos sens ne sont pas toujours assez déliés pour saisir les nuances presque imperceptibles qui différencient chaque symptôme morbide (page 91 du 1er ouv.),

(1) Premier ouvrage de M. Eble, page 144, extrait du rapport de M. Jungken, donné par M. De Losen.

il faut considérer comme nul l'adverbe *presque*, placé là pour faire pressentir la possibilité de pouvoir différencier.

Bref, M. Eble, en se montrant versatile partout, se réserve au moins l'avantage de pouvoir prouver à son aristarque autant de fois qu'il le voudra, qu'il a dit ce qu'il fallait dire, et fait ce qu'il fallait faire.

Dans le paragraphe relatif au traitement, M. Eble toujours critique des opinions de M. Jungken, déclare qu'il n'y a point de spécifique contre l'ophthalmie ; que la méthode antiphlogistique doit toujours obtenir la préférence; et que les saignées locales, les *fomentations* avec la glace ou l'eau froide, combinées avec les purgatifs, sont les moyens les plus héroïques pour dompter l'inflammation. (page 45.)

« On ne doit cesser les évacuations sanguines, dit » M. Jungken, que lorsque le gonflement a *disparu;* » que la rougeur a *diminué* et qu'il n'y a plus de dou- » leur. »

Cette espèce d'axiome pour M. Jungken, n'en est pas un pour M. Eble.

« Quel est celui, dit ce dernier (page 46), qui sera » disposé à obéir à ce précepte, lorsque la maladie a » déjà atteint le second ou le troisième stade. » Il n'est presque d'accord avec M. Jungken, que quand il s'agit du plus haut degré de l'inflammation. Mais, ajoute-t-il, même page, « on ne doit plus saigner le malade, à » moins qu'il ne jouisse d'un tempérament éminem- » ment sanguin, dès qu'on a remarqué une *diminution* » *sensible* de la tuméfaction et de la chaleur des pau- » pières, et que les douleurs ne sont point continues » mais périodiques. »

Voilà donc nos deux maîtres ophthalmologues en opposition, sur la partie la plus importante du traitement. *Vous exposerez le malade à une perte certaine*, dit M. Eble, si vous continuez les évacuations sanguines *jusqu'à disparition* des phénomènes morbides sus-indiqués ; mais cet inconvénient grave, s'il était vrai, arriverait aussi en les continuant jusqu'à *diminution sensible ;* ou en répétant les saignées générales aussi longtemps que l'inflammation persiste *au même degré* (page 46), car comme il le dit, même page, « on observe » presque toujours alors, et pendant plusieurs jours, » une *forte* tuméfaction qui cache entièrement le globe » de l'œil, et est accompagnée d'une *forte* rougeur, de » douleurs *violentes* périodiques, et d'une sécrétion » mucoso-purulente très-abondante. » Du reste, cette *perte certaine du malade* qui serait la suite des saignées, est une supposition que répudie le bon sens le plus simple ; car, il est impossible de rencontrer un médecin assez borné pour tuer un malade à coups de saignées et sans s'en apercevoir, plutôt que de laisser survivre le mal.

Telle n'a pas été non plus l'intention de M. Jungken, car on lit à la page 23 de son mémoire, que, « dans » les ophthalmies qui ont une marche effrayante et ra- » pide, on ne doit recourir à l'application des sangsues, » *qu'après avoir pratiqué plusieurs saignées*, et lors- » qu'on *prévoit du danger à la répéter encore.* »

Donc, vous voyez que M. Jungken *n'a pas voulu exposer le malade à une perte certaine.*

Quoi qu'il en soit, ce système d'opposition plus ou moins mal fondé, que montre très-souvent M. Eble contre M. Jungken, nous donne la preuve que le premier veut prendre le chemin du progrès. En effet, dans son premier ouvrage, et toujours *d'après son expérience*, page 156, « les saignées *fortes* et *souvent répétées*, » faites dans le but de faire fléchir le mal *qui résiste* » *opiniâtrement*, bien qu'à un *degré léger*, ont été loin » de lui offrir cet avantage merveilleux qu'on lui a sup- » posé. » Aujourd'hui vous le voyez recommander de répéter les saignées aussi longtemps que le mal persiste *au même degré.*

Mais ne vous imaginez pas que M. Eble ne veuille la saignée qu'à l'époque de l'acuité bien établie; il vous dit au contraire, page 156 citée, « que c'est quand on » a pu observer la *disposition* de l'inflammation à pas- » ser à la forme aiguë, que l'indication de ce moyen » est pressante, et qu'alors aussi, le médecin tient en » ses mains *toute la maladie*, sa bonne comme sa mau- » vaise issue ; sa progression comme sa rétrocession. » Heureux, ajoute-t-il, le médecin qui a su reconnaître » à temps cette *disposition !* »

Voilà, sans doute, encore un privilège réservé aux ophthalmologues allemands et à leurs sectateurs ; car il faut avouer que cette *disposition* est une de ces choses mystérieuses, insaisissables pour un médecin ordinaire.

Encore d'après son expérience, pag. 47 : « de tous les » moyens proposés par la seconde période, aucun ne » s'est montré spécifique ; et il en est de même de di- » vers collyres, onguens, etc. Il doit pourtant pro- » clamer que son onguent avec le précipité blanc lui a » servi *admirablement.* » Mais souvenez-vous qu'à la page 174 de son premier ouvrage, il déclare « que l'em- » ploi de cet onguent a été pour lui si généralement » heureux, qu'il ne se rappelle *pas un seul malade* qui » ne lui ait dû, sinon entièrement, du moins *en partie*, » sa guérison. » Or, ce sont bien là des effets d'un agent spécifique.

« Cet onguent peut être employé dans tous les mo- » mens de la deuxième période, et il s'approprie très- » aisément aux complications variées de la maladie » (pag. 174 citée). Et à la pag. 47 du dernier ouvrage, il » déclare que dans la *seconde période*, les efforts des » meilleurs praticiens échouent *souvent*, et que le temps » seul peut amener la guérison. »

Le tatonnement, l'incohérence et l'incertitude, sont les bases de la thérapeutique de nos médecins prototypes allemands.

Vous vous souvenez sans doute, que M. Jungken a admis que la *prédisposition individuelle* se développe par des *dyscrasies* et des *maladies abdominales.* M. Eble raconte à son tour, pag. 51, que l'ophthalmie contagieuse est on ne peut plus rarement *due* à des *affections abdominales.* « Voilà donc la prédisposition de M. Jungken devenue chez M. Eble cause de la maladie ; et notez encore que c'est son expérience qui le lui a appris. C'est elle aussi, j'aime à le croire, qui lui a insinué l'heureuse idée de dire que là où « elles existent, elles doi- » vent naturellement être prises en considération,

» et être combattues par l'emploi des *dissolvans.* »

Il arrive, ajoute-t-il, de loin en loin, « que *cette maladie*, après avoir existé quelque temps à un degré » élevé, atteint plus ou moins dans *sa marche* chronique, toutes les membranes muqueuses; ces cas se » présentent rarement : ils réclament une *médication* » *altérante*, c'est-à-dire l'emploi du *decoctum lignorum*, » une diète excessivement sévère, *et les autres altérans.*» » (pag. 51.) »

Cette maladie à quoi doit-on la rapporter? Aux affections abdominales ou à l'ophthalmie? Dans l'une comme dans l'autre hypothèse, ce langage médical est d'une ambiguité admirable, qui ne le cède en rien à l'obscurité des préceptes thérapeutiques : locutions enfin, qui donnent la mesure de la force médicale de ceux que l'on a donnés pour modèle, aux médecins de l'armée belge.

Plus bas, encore même page, il recommande les amers, le quinquina avec le vin; et enfin une nourriture saine et abondante, lorsque les évacuations sanguines ont fortement affaibli les malades, et tout cela sans s'enquérir en aucune manière de l'état de l'estomac.

Les vésicules qui se forment sur la cornée dans la deuxième période de la blennorrhée, sont, d'après M. Eble, pag. 52, les symptômes qui doivent le plus nécessairement fixer l'attention. Il a eu le bonheur d'empêcher leur transformation en ulcère, en les ouvrant et les cautérisant par la méthode de Beer. Or, comme il a placé maintenant l'ophthalmie catarrhale, sur la même ligne que la contagieuse, son précepte doit s'étendre à toutes les ophthalmies où les phlyctènes existent. Conséquemment aussi, il faudra effacer le paragraphe 86 de son premier ouvrage où il est dit que dans les ophthalmies *catarrhales et autres*, cette méthode doit être entièrement rejetée. Il ajoute comme une des raisons de son précepte, que c'est parce qu'il n'est aucunement question de *maladie contagieuse à étouffer dans son germe.* Cela veut bien dire, que semblable chose était admise par lui dans la contagieuse. Eh bien! il est encore changé d'opinion sur ce point, car il déclare, pag. 52, que la proposition de Wernecke qui consistait à *détruire le principe contagieux dans ses premiers effets*, est abandonné depuis que l'on a commencé à douter que l'ophthalmie tire son origine d'Égypte. Mais ici, M. Eble n'est pas encore conséquent, ce me semble.

La phlyctène est l'enfance de la granulation; l'une et l'autre sécrètent la matière de la contagion, et peuvent aussi laisser des désorganisations et des dégénérescences. En cautérisant les phlyctènes, M. Eble a eu, *dans beaucoup de cas*, le bonheur d'empêcher ces désorganitions, etc.; or, en empêchant celles-ci, il évitait la sécrétion, et étouffait selon lui, la maladie *dans son germe.*

D'un autre côté, M. Eble recommande une foule de précautions hygiéniques pour empêcher la contagion, et nous savons que la matière puriforme sécrétée par les phlyctènes et les granulations, en est l'agent provocateur. Partant si vous détruisez ces instrumens de sécrétion morbifique, ou que vous en changiez le mode d'action ou de vitalité; certes qu'ainsi vous arrêterez ou modifierez la nature de la matière sécrétée. Or, en agir ainsi, n'est-ce pas atteindre le but que Wernecke se proposait?

N'est-ce pas là aussi l'intention fondamentale de M. Eble, lorsqu'il propose ses onguens et autres moyens contre la granulation qu'il qualifie (pag. 26) de *source pernicieuse?*

Et quand même mon raisonnement, déduit d'une série d'idées de M. Eble sur l'état pathologique de la conjonctive, serait appliqué à cette autre allégation, à savoir, que l'ophthalmo-blennorrhée aiguë sans phlyctènes ni granulations, peut être contagieuse; mon raisonnement, dis-je, n'en resterait pas moins bon.

C'est depuis que l'on a commencé à douter, dit-il, que le mal tirât son origine de l'Egypte que l'idée de Wernecke est abandonnée. Mais que le mal vienne de l'enfer si vous le voulez, ou bien qu'il soit capable de naître spontanément, etc., il existe; et tout ce que vous proposez et employez a pour but d'empêcher un tissu malade de devenir foyer d'infection; et lorsque celui-ci existe, de le détruire et d'éviter ses effets.

Messieurs Cunier et Vonkriss, méritent des remerciemens, pour nous avoir fait connaître, par leur traduction, la nouvelle production médicale de M. Eble. Ils en méritent aussi pour avoir signalé des abus, corrigé des erreurs et reproduit des faits que l'histoire de l'ophthalmie nous a laissés sur les divers modes de contagion; en tenant compte des auteurs belges et étrangers qui ont écrit sur cette affection, et dont les noms ont été oubliés par les anti-contagionistes, les partisans de la cause cervicale de la prédisposition *sine qua non*, et enfin MM. Jungken et Eble. MM. Cunier et Vonkriss montrent l'intention d'entrer en lice avec franchise, afin de rendre hommage à la vérité, et défendre aussi l'honneur médical des médecins de l'armée belge, blessés par la distribution d'ouvrages étrangers destinés à les instruire; tandis que l'on ne peut y trouver parmi ce qui y est bon, que ce qu'ils ont reconnu à l'aide de leur observation libre et indépendante. Aussi, comme ils le disent fort bien, le coup qu'on leur a porté n'est certes point mortel. Il retourne, à mon avis, plutôt vers ceux qui le leur ont lancé; et nous osons espérer que l'honorable résolution de ces médecins sera imitée par d'autres officiers de santé, afin de prouver aux étrangers, que leur capacité médicale est au moins au-dessus de celle de ceux qu'on leur a maladroitement donnés pour modèles et pour guides.

En cela, je m'écarte de l'opinion de MM. Cunier et Vonkriss. Contre eux, je ne prétends pas qu'il faille des établissemens destinés à l'enseignement et au perfectionnement de l'ophthalmologie (p. VII), pour se mettre au niveau des médecins de l'Allemagne et de l'Angleterre, sur cette partie de la pathologie. J'aime et j'admire le talent médical là où il se montre, partout il est utile et produit un bien qui se propage; mais je soutiens qu'un médecin qui connaît *bien* l'anatomie, la physiologie saine et malade, et la thérapeutique, un homme enfin, digne du nom de médecin, ne sera jamais dans la nécessité de recourir aux étrangers lorsqu'il s'agira de reconnaître et apprécier une modification organique quelconque, comme aussi d'apprécier

les agens thérapeutiques capables de rétablir l'état normal. Sans ces connaissances, l'observation et l'expérience ne sont rien à mes yeux, et celui qui s'en prévaut exclusivement, ne peut jamais faire autorité dans les sciences médicales. Le vrai médecin doit savoir ce qu'il fait, et pourquoi il agit. Son langage doit toujours être clair; et il ne peut être tel, dès que les choses positives cessent de lui servir de base. Dans le cas contraire, et aidés de la connaissance des branches de l'art précitées, ses raisonnemens entraînent partout la conviction, parce que la vérité se trouve toujours à côté de son dire. C'est ainsi que le médecin devient utile à l'humanité en devenant utile et intelligent pour ses confrères. Son observation écrite se retrouve partout vraie, au lit du malade ou à l'autopsie des cadavres.

Je n'ai pas trouvé toutes ces conditions dans les ouvrages de nos confrères allemands sur l'ophthalmie. Mais bien un langage médical équivoque incertain et souvent hyperbolique : vices qui, sous plusieurs rapports, conduisent au doute, concernant leurs observations et leurs opinions.

Namur, le 18 juin 1836.

E. Thirion, D.-M.

Phénomène remarquable dans la fièvre intermittente et le typhus.

M. le docteur Krimers, d'Aix-la-Chapelle, pendant un court séjour qu'il a fait à Bruxelles, nous a communiqué une observation importante qui promet d'être profitable pour la pathologie et la thérapeutique. Ce médecin a constaté dans environ deux cents cas de fièvre intermittente l'existence d'*une douleur fixe et circonscrite à la région dorsale de la colonne épinière, à l'endroit correspondant à la* 1re, 2e *ou* 3e *vertèbres dorsales;* douleur qui devient manifeste quand on presse avec le bout des doigts sur l'apophyse épineuse de chacune des vertèbres, et en explorant ainsi de haut en bas toute l'étendue du rachis.

Ce qui est surtout remarquable, c'est que cette douleur est déjà manifeste, alors que les malades ne se plaignent que de symptômes précurseurs et vagues, comme céphalalgie, lassitude dans les membres, frissonnemens, etc., et avant qu'ils aient éprouvés de véritable paroxisme de la fièvre. Il résulte de la découverte de M. Krimers que la présence de cette douleur serait un signe pathognomonique de l'incubation de la fièvre intermittente. Non-seulement la douleur persiste pendant tout le temps, et à chaque renouvellement des accès, mais encore lorsque la fièvre intermittente n'est coupée qu'en apparence. La douleur de l'épine dorsale, assure ce médecin, est le signe le plus certain d'une rechute prochaine, alors même qu'il y a interruption des paroxismes, et il n'y a pas de certitude de guérison complète aussi longtemps que cette sensibilité n'a entièrement disparu.

M. Krimers a démontré ce fait, dans une visite qu'il a faite à l'hôpital Saint-Pierre, en présence de M. le docteur Van Mons, médecin en chef, de plusieurs médecins de la ville et des élèves de l'université. On a pu constater sur tous les malades, atteints de fièvre intermittente, cette douleur, circonscrite aux premières vertèbres dorsales, douleur qui était parfois tellement marquée qu'il n'y avait pas à s'y tromper. Ce n'est que chez les personnes avancées en âge qu'elle est moins distincte; le médecin allemand explique cette circonstance par l'ossification des lames vertébrales, qui met obstacle à la pression de la moelle épinière et rend par là cette dernière moins sensible. Le même phénomène a été constaté par M. Krimers, avec le docteur Allard, sur 20 autres malades, à Rhodes, village peu éloigné de Bruxelles, où règne actuellement une épidémie de fièvre intermittente pernicieuse.

Il n'est guère nécessaire que nous fassions ressortir l'importance de cette découverte; c'est à celui qui, le premier, a attiré l'attention des médecins sur ce sujet de développer les applications pratiques qu'il est permis d'en tirer quant à la nature et au traitement des fièvres intermittentes.

Depuis qu'il a reconnu l'existence de ce symptôme dans les fièvres intermittentes, M. Krimers n'a négligé dans aucun cas d'explorer la colonne vertébrale dans ces maladies et dans le typhus, et ses recherches ont eu pour résultat constant que dans cette dernière affection la douleur est toujours moins circonscrite. Rien de plus naturel que l'idée qui se présente à l'esprit de l'observateur, de l'existence d'une certaine affinité entre ces deux affections, surtout quand on réfléchit aux faits connus de transition de fièvres intermittentes en fièvres typhoïdes dans certaines épidémies. Une épidémie de typhus éclate dans l'endroit où M. Krimers exerce son art; les ravages qu'y fait cette maladie, le déterminent à adopter un traitement basé sur les principes qui dirigent celui des fièvres intermittentes. Il emploie dès le début du mal, la quinine *à hautes doses* et le succès est tel qu'il ne perd que deux malades sur quarante. Chez tous la sensibilité des vertèbres dorsales fut constatée. Dans la crainte de se faire illusion sur sa découverte, et de la voir contredite dans d'autres épidémies et par l'emploi d'un autre traitement, ce qui n'arrive que trop souvent pour ces médications préconisées par leurs auteurs avec un enthousiasme prématuré, notre confrère d'Aix-la-Chapelle a pris le parti d'aller poursuivre ses observations sur un plus vaste théâtre, et c'est dans ce but qu'il se rend à Paris. Nous attendrons avec confiance le résultat de ces recherches consciencieuses qui distinguent le véritable praticien, car nous espérons que M. Krimers ne manquera pas de communiquer au monde médical une découverte aussi intéressante qu'elle pourra être utile, si elle vient à se confirmer.

30 Mai 1836.

(Dr. C.)

Réflexions sur la distribution des remèdes secrets en Belgique; par Amé Philippart, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchemens, à Tournay.

Parcere personis, dicere de vitiis.
Hor.

Des médecins, sur le mérite et les intentions desquels l'on ne peut élever le moindre doute, ont publié des ouvrages destinés à rendre le peuple son propre médecin. Mais il est certain que ces hommes n'ont point songé à l'impossibilité de la réalisation de leur projet; car, comme on l'a déjà dit, ces ouvrages supposent, dans l'esprit du peuple, des connaissances philosophiques qui ne s'y sont jamais rencontrées, et qui ne s'y trouveront probablement jamais; et l'on sait que, sans ces connaissances, il est impossible de faire l'application des préceptes de la médecine. En effet, cette science ne donne point, et ne peut donner de règles générales et invariablement déterminées : le mérite du médecin ne serait pas bien difficile à acquérir, si l'on pouvait s'y élever par une méthode certaine, et en suivant une route battue, qui menât infailliblement au but.

Il n'est point de préceptes généraux, en médecine, qui ne souffre des exceptions; il n'y en a qu'un seul qui puisse passer pour universellement vrai, celui de se conduire convenablement à la maladie et à toutes ses circonstances (siége, marche, durée); à l'individu et à toutes les circonstances, (force, stature, constitution, âge, sexe, idiosyncrasie, habitudes); aux temps, aux lieux et à une foule d'autres choses importantes. Mais que de qualités le médecin ne doit-il pas posséder, pour pouvoir appliquer ce précepte? que d'études! quel grand sens! quel jugement exquis! quelle pénétration d'esprit! quelle morale sublime!..... Sydenham avait raison de dire, que la science de la médecine surpassait une capacité ordinaire, et qu'il fallait plus de génie pour en saisir l'ensemble, que pour tout ce que la philosophie peut enseigner; car les opérations de la nature, sur l'observation desquelles la vraie pratique est fondée, exigent, pour être discernées avec la justesse requise, plus de génie et de pénétration que celle d'aucun autre art fondé sur l'hypothèse la plus probable. Ces vérités reconnues, quels résultats peut-on attendre de ces sortes d'ouvrages? certes, ils ne peuvent que favoriser les préjugés du peuple, toujours crédule, qui le comprend à sa manière, et enhardir le charlatanisme de ces hommes qui ne rougissent de rien, et qui embrassent la médecine, parce qu'ils ne pourraient réussir dans aucune autre profession. Ce sont pourtant ces mêmes hommes qui représentent le corps médical aux yeux du peuple! voilà pourquoi la médecine a été, et est encore journellement détractée par des écrivains étrangers à cette science, qui ne craignent point de juger du tout par une partie, et par la partie la plus mauvaise.

Dans l'impossibilité de reconnaître le vrai médecin, le peuple confie sa santé et sa vie à ceux qui savent en imposer le plus adroitement et flatter le plus leur espoir et leur amour propre. Quelle horreur! quand donc finira le règne de ces hommes qui ne s'engraissent que de sang humain? mais, n'est-ce pas se rendre coupable de complicité que de continuer à tolérer ces assassins hypocrites?

Le brigand, dit Tissot, qui assassine au milieu d'un grand chemin, laisse au moins la double ressource de se défendre et d'être secouru; mais l'empoisonneur, qui surprend la confiance du malade et le tue, est cent fois plus dangereux et aussi punissable.

En effet, le charlatan en médecine, ne porte-t-il pas atteinte à la liberté, à l'intelligence, à la vie, au bien-être physique et à la propriété d'autrui? et de ce qu'il porte atteinte à tous ces droits sacrés de l'homme, ne mérite-t-il pas tous les châtimens?

L'on signale les bandes de voleurs, ajoute l'écrivain que je viens de citer, qui s'introduisent dans le pays; il serait encore plus à souhaiter qu'on eût un rôle de tous ces faux médecins de l'un et de l'autre sexe, et qu'on en publiât la description la plus exacte, accompagnée de la liste de leurs exploits sanglans. L'on inspirerait peut-être par là une frayeur salutaire au peuple, qui ne s'exposerait plus à être la victime innocente de ces bourreaux.

Des sociétés savantes, guidées par les sentimens les plus louables, décernent des récompenses, pour extirper telle ou telle maladie contagieuse ou autre; mais quels fruits peuvent-elles espérer retirer de leurs intentions, si elles ne cherchent pas à écarter ces hommes pernicieux, qui dépeuplent sourdement l'état par leur conduite?

Tel médecin, sans teinture de lettres ni de philosophie, ne lisant jamais, et incapable de lire, vante sans cesse son expérience de vingt, trente et quarante ans, et dédaigne, méprise l'expérience de ses prédécesseurs qui se trouve dans une jeune tête mieux organisée que la sienne, au-dessus de laquelle il se croit néanmoins fort élevé, quand il a prononcé ironiquement, devant une société composée de gens incompétens : *c'est un jeune homme.* Ces imposteurs, comme les appelle Zimmerman, qui semblent tirer tout de leur propre fond, bornent leurs actions dans un petit cercle, autour duquel ils tournent sans cesse.

Un autre, incapable de porter son attention sur deux objets en même temps, mais dont l'orgueil et la vanité sont sans égal, l'ambition et la cupidité insatiables, court toujours, et ne sait à qui faire parade du grand nombre de cliens, qu'il a gagnés, Dieu sait par quelles voies.

« Là, le long de ces lits où gémit le malheur,
» Victime des secours plus que de la douleur,
» L'ignorance en courant fait sa ronde homicide,
» L'indifférence observe, et le hasard décide. »

Un troisième ne voyant que l'or en tout et partout, lui sacrifie les devoirs les plus sacrés, emploie tous les moyens pour parvenir à son but, et semble être tou-

jours à la recherche de ceux que Rousseau a voulu indiquer dans ces paroles :

« Apprends-moi l'art de fourber dextrement,
» Si qu'à fourber nul fourbe ne me passe,
» Et qu'en fourbant, honneur et las j'amasse. »

Parmi cette classe de charlatans qui renferme un grand nombre de genres et d'espèces, se trouvent ces vendeurs de remèdes secrets, qu'on tolère, dans notre royaume, au scandale des lois, au grand préjudice de la société et des progrès réels de la médecine. Ces remèdes, s'ils méritent ce nom, qui ne doivent leur vogue qu'à l'énormité de leur prix, au mystère affecté de leur composition et à l'impudence qu'on met dans leur distribution, deviennent presque toujours nuisibles, soit par leurs qualités intrinsèques, soit par l'empêchement qu'ils mettent à l'emploi d'une médication convenable à la maladie actuelle. Que d'affections aiguës passées à l'état chronique, et que d'affections chroniques terminées par la mort, uniquement par le retard apporté à l'emploi des moyens rationnels, occasionné par l'usage des sirops, des robs, des pâtes, des pastilles, des pilules de toutes formes et de toutes espèces! que de pères, que de mères descendus dans la tombe! que de familles réduites à la misère, par ces remèdes incendiaires, que ces industriels font distribuer dans tous les départemens et dans les pays étrangers, et cela au nom de l'humanité, mais plus sûrement au nom de leur cupidité! quelle quantité d'argent comptant emportée chaque année hors du royaume! car, tous ces remèdes nous viennent de l'étranger, mais principalement de la France et de l'Angleterre. Il n'y a point une de nos villes, si petite qu'elle soit, où l'on ne trouve plusieurs de ces dépots, où vont s'engloutir et la vie et l'argent du peuple destiné aux dépenses de ces faux Esculapes, qui exploitent la crédulité humaine. Que de parasites sur cette terre!..... Ne pourrait-on pas arrêter ce trafic honteux et pernicieux en même temps, ce fléau de la vraie médecine? La loi du 12 mars 1818, art. 20, défend aux docteurs en médecine et aux pharmaciens de contracter des engagemens directs ou indirects, qui auraient pour but de retirer des médicamens quelque gain ou avantage, médiatement ou immédiatement, sous peine d'une amende de 200 florins. Nul pharmacien ne peut délivrer de remèdes sans la recette d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un accoucheur; mais en vertu de quels droits, un étranger, un de ces hommes à secrets, vient-il infecter notre pays de son poison, en contractant des engagemens avec telle ou telle personne? en vertu de quels droits, les pharmaciens délivrent-ils ces remèdes secrets, sans aucune prescription? serait-ce pour les 25, 30, 40 et 50 pour cent que leur accordent ces *philantrophes?* J'abandonne ces questions à d'autres, il me suffit d'avoir appelé l'attention des gens de bien sur cette plaie sociale qui nuit infiniment au bonheur des hommes.

Amé Philippart.

Note de la Rédaction. — Nous partageons la juste indignation de notre confrère à l'égard de la vente des remèdes secrets répandus à foison dans tout le royaume et qu'en dépit des lois sur l'exercice de l'art de guérir, et du mal qu'ils font, on tolère avec une coupable négligence. Les feuilles quotidiennes se font chaque jour l'écho de ces arcanes, que le charlatanisme et la cupidité inventent et qui nous arrivent de France; des pharmaciens ne rougissent pas de se prêter à ce honteux trafic, et nous voyons même à Bruxelles un médecin renchérir sur tous ces industriels en vantant à outrance les vertus bienfaisantes des *pilules anti-vénériennes* dont il se dit l'inventeur. Les murs de la capitale sont salis par des affiches d'une énorme dimension, qui sont là comme autant d'enseignes qui appellent l'attention du public et des étrangers sur l'efficacité de tel ou tel remède, qui guérit avec une promptitude étonnante les maladies secrètes, quelque rebelles et invétérées qu'elles soient; et pour mieux captiver la crédulité du public, si facile à séduire, pourvu que la chose paraisse extraordinaire, on a toujours soin de décorer ces annonces de la formule obligée : *Approuvé par l'Académie royale de médecine, brevété du gouvernement, etc.* Suivent alors les détails des nombreuses cures opérées par le remède, de la facilité avec laquelle il s'administre, l'adresse de l'inventeur et du dépositaire, etc., détails qui font sourire de pitié l'homme de bien qui sait distinguer ces faux philanthropes d'avec le véritable médecin.

Nous rencontrons chaque jour dans la pratique des malades qui viennent réclamer les secours de la médecine, après avoir essayé de l'un ou de l'autre de ces prétendus spécifiques dont ils sont les victimes et auxquels ils avaient bénévolement accordé une confiance aveugle. Loin d'avoir opéré les prodiges qu'ils en attendaient, ces remèdes, bien souvent, ont permis à la maladie de faire des progrès ou servi à l'aggraver. Heureux le malade, si, après avoir perdu son temps et son argent et s'être désillusionné, son mal n'est pas au-dessus des ressources de l'art!

Ces réflexions sont bien pénibles pour le médecin qui sent toute la dignité de la profession honorable à laquelle il a voué son existence et sa fortune. Et cependant nous n'exagérons pas le tableau, il est déjà assez hideux par lui-même. Nous ne pouvons que déplorer un pareil état de choses; ce n'est pas la première fois que nous appelons l'attention de l'autorité sur ces graves abus. Espérons qu'enfin les commissions médicales feront leur devoir.

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Histoire des maladies observées à la grande armée française, pendant les campagnes de Russie en 1812, *et d'Allemagne en* 1813; par le Chevalier J. R. L. De Kerckhove, dit De Kirckhoff. — Troisième édition; 1 vol. in-8°. Anvers 1836.

Le succès qu'ont obtenu les précédentes éditions de cet ouvrage, dû en grande partie aux événemens histo-

riques auxquels il se rapporte, en fait assez ressortir le mérite pour que nous puissions nous dispenser de faire l'éloge de l'édition actuelle, qui se distingue des autres par plusieurs améliorations et l'addition de nouvelles recherches que la pratique de l'auteur l'a mis à même de faire dans les hôpitaux militaires dont la direction lui a été confiée, et principalement dans celui d'Anvers où il était attaché sous le gouvernement précédent comme médecin en chef.

Le livre de M. Dekirckhoff peut être envisagé sous deux rapports différens : comme relation historique des fâmeuses campagnes de 1812 et de 1813, et comme relation médicale. La première division ne peut offrir aucun intérêt pour les médecins, mais hâtons-nous de dire que l'auteur a soin de prévenir qu'il n'a point le projet d'écrire l'histoire de ces campagnes ; il laisse, dit-il, ce soin à des plumes plus exercées que la sienne, à des historiens consommés et éloquens, et s'il parle de cette expédition mémorable, « c'est pour ne pas désobliger le lecteur curieux d'avoir quelques détails sur cette guerre qui a fait couler tant de sang et tant de larmes. »

L'ouvrage est partagé en deux parties : dans la première l'auteur se livre à des considérations historiques et médicales sur les campagnes de la grande armée, dont il a constamment partagé les dangers en sa qualité de médecin attaché au grand quartier-général ; il peint avec simplicité, mais avec vérité, les événemens qui ont amené la chute de l'Empire, les succès et les revers, les privations et les calamités auxquelles furent en butte les braves conduits en Russie par Napoléon. Dans cette narration, M. Dekirckhoff accorde une large part aux faits médicaux qui peuvent être utiles à la science et dont la médecine militaire surtout peut retirer d'utiles enseignemens.

La seconde partie est consacrée à la relation des maladies observées à la grande armée. L'auteur décrit les causes et les symptômes de ces maladies, et fait connaître les traitemens qui furent employés pour les combattre. Cette partie est elle-même divisée en quinze chapitres, dans lesquels sont classés les diverses maladies observées, savoir : 1° l'embarras gastrique ; 2° la gastrite, qui ne fixait pas encore à cette époque l'attention des médecins ; 3° l'entérite ; 4° la diarrhée ; 5° la dysenterie ; 6° l'hépatite ; 7° la jaunisse ; 8° le catarrhe pulmonaire ; 9° la pleurésie et la péripneumonie ; 10° l'angine ; 11° l'ophthalmie ; 12° le rhumatisme ; 13° la fièvre gastrique ou bilieuse, et la fièvre muqueuse, à type continu et rémittent ; 14° la fièvre lente ; 15° le typhus ou synochus.

Les bornes de cet article ne nous permettent pas d'analyser chacun de ces chapitres ; nous nous arrêterons un instant sur celui consacré à l'ophthalmie militaire, dont l'auteur fait remonter l'origine dans l'armée des Pays-Bas, comme nous l'avons nous-même écrit plus d'une fois, à l'année 1814. Cette question a pour nous trop d'intérêt pour que nous la passions sous silence. M. Dekirckhoff a écrit en 1825 un mémoire sur cette maladie, et depuis la publication de ce travail il n'a pas changé d'opinion, puisqu'il reproduit aujourd'hui les mêmes idées. Il pense donc que l'ophthalmie de l'armée est de nature *catarrhale*, c'est-à-dire, qu'elle est occasionnée par un refroidissement ou suppression de la transpiration, cause qui n'est nulle part aussi fréquente que chez les militaires, exposés aux vicissitudes atmosphériques et aux transitions brusques du chaud au froid. « J'admets, ajoute-t-il, avec les hommes de l'art qui » croient l'ophthalmie d'origine égyptienne, qu'elle est » d'un caractère contagieux, mais avec cette différence » qu'elle ne se communique que par le contact de l'œil » sain avec la matière qui découle de l'œil malade, et » de cette manière, n'en doutons pas, une quantité de » soldats l'ont contractée, soit en se lavant dans l'eau » infectée de cette matière, car souvent dans les ca- » sernes plusieurs hommes se lavent à la fois au même » baquet, soit en s'essuyant les yeux avec des linges » infectés de ce fluide ophthalmique, etc..... Si dès » le commencement que l'ophthalmie s'est manifestée » parmi les troupes, on s'était plus spécialement atta- » ché à prendre des mesures suffisantes pour annihiler » la voie de transmission que je signale et pour éloi- » gner du soldat les causes catarrhales, en lui donnant » en même temps un habillement et une coiffure qui ne » gênent aucune partie du corps, qui remplissent toutes » les conditions hygiéniques, cette phlegmasie n'aurait » certainement pas fait autant de mal et pris une aussi » désolante extension (pages 314 et 315). » Cette opinion diffère de celle que nous défendons depuis plus de dix ans ; nous l'avons exprimée tant de fois que nous croyons pouvoir nous dispenser d'entrer dans de nouvelles discussions, et nous terminons ici l'analyse de l'ouvrage de M. Dekirckhoff en rendant hommage à la prodigieuse activité de ce médecin, connu avantageusement dans la littérature médicale par ses nombreux et importans travaux. (Dr. M.)

VARIÉTÉS.

—

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES. — ÉLECTIONS.

La société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, qui compte parmi ses membres les hommes les plus distingués tant nationaux qu'étrangers, dans sa séance du 20 de ce mois, a fait les nominations suivantes :

Président honoraire : M. le baron de Stassart, gouverneur du Brabant, membre de l'académie royale de Bruxelles, etc.

Membres honoraires : MM. Quetelet, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de Bruxelles, et Ph. Vandermaelen, fondateur de l'établissement géographique de Bruxelles et membre de l'Académie royale de la même ville.

Membres correspondans indigènes : MM. Burggraeve,

Vancoetsem, Verbeek, Oudet et Denobele, à Gand; Fohmann, Comhaire, Lombard et Tombeur, à Liége; Craninx, à Louvain; Janssens, à Ostende; F. Dubois, à Tournay; Bosch, fils, à Maestricht.

Membres correspondans étrangers : MM. Malgaigne, Jules Guérin, Moreau, Bouillaud, Andral, Esquirol, Marc, Chomel, Cruveilhier, Alibert, Velpeau, Lisfranc, Sanson, Roux, Breschet, à Paris; Astley Cooper, Samuel Cooper, Abercrombie, Clarck, Forbes, André Combes, en Angleterre; Lombard, à Genève; Math. Mayor, à Lausane; Jullien, de Paris, directeur de la revue encyclopédique.

Ophthalmie.— Un philanthrope vient de proposer un prix de mille rubel (environ cent ducats), qu'il a mis à la disposition de la société de médecine de Saint-Pétersbourg, à décerner au meilleur mémoire qui parviendra en réponse sur la question de l'ophthalmie d'Égypte, la même affection oculaire qui exerce ses ravages dans l'armée belge. (Voir *Preussische medicinische zeitung*, p. 253.) On ne peut qu'applaudir aux sentimens qui ont dirigé le donnataire, victime lui-même de l'ophthalmie. En appelant de nouveau l'attention des médecins de toutes les opinions et de tous les pays sur cette cruelle maladie, provoquant ainsi de nouvelles recherches sur ses causes, sa nature, son traitement, etc., et rassemblant ces nombreux matériaux, la science y gagnera et l'on parviendra peut-être à connaître le moyen d'extirper des armées le fléau qui les désole.

Honneur au philanthrope, ami de l'humanité, qui a conçu cette généreuse pensée! Il est dommage qu'elle ne soit pas venue à l'esprit de nos hommes d'état lors de la création d'une commission de recherches sur l'ophthalmie. Si, au lieu de faire venir à grands frais des médecins étrangers à l'effet de l'éclairer, et qui ne nous ont appris que ce que nous savions depuis longtemps, le gouvernement belge avait cherché à exciter l'émulation des hommes de l'art, en mettant la question au concours, il en serait résulté économie de temps et d'argent, l'on aurait recueilli de travaux importans qui auraient mis fin aux discussions interminables entre les *contagionistes* et les *compressionistes;* et tous ayant un égal accès dans la lutte scientifique, sans distinction de rang et d'opinion, nous n'eussions point subi l'affront de voir des étrangers appelés à venir vider la question, alors qu'il s'agit d'une maladie que nous avons le triste privilége de pouvoir étudier, depuis plus de vingt ans, sans sortir de notre pays.

Le Rédacteur en chef,
Dr Marinus.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
BULLETIN CLINIQUE;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

MAI 1836.

N° 53. — 3 MAI.

Recherches sur les suicides.

M. Charles Dupin a consacré au suicide un article de son discours (inédit) sur l'histoire des arts sanitaires. En comparant les aliénations mentales et les suicides, ces deux termes où succombe la raison de l'homme, il croit en avoir retrouvé en partie les tristes effets dans les doctrines délétères, les grandes perturbations politiques de nos jours, etc. Voici l'affligeant tableau progressif de cette maladie morale et physique:

En 1830,	269 suicides.
1831,	377
1832,	369
1833,	338
1834,	436
1835,	477

Morts plus de 174 suicides incomplets; parce que les blessures n'ont pas été sur le champ mortelles.

Il est important de connaître l'âge des personnes qui se sont suicidées, et surtout la proportion des suicides avec les individus de chaque âge:

Ages.	Suicides.	Population.
De 10 à 15 ans,	12	50,199
16 20	38	71,412
21 25	63	73,586
26 30	67	70,022
31 40	107	116,960
41 50	115	90,929
51 60	85	73,818
61 70	41	50,702
72 80	14	20,331
81 90	2	4,065

Cette disproportion de suicides, relativement à l'âge, peut être un sujet de méditations graves et de recherches du plus haut intérêt pour les physiologistes, les moralistes et même pour les hommes d'état. Qu'un petit nombre de vieillards, épouvantés de souffrir des infirmités, des maladies incurables, sortent d'une vie qui n'a plus à leur offrir que des douleurs continuelles, cela se conçoit; mais chez les jeunes gens de vingt-cinq ans, qui surabondent de force, de santé, d'espérances renaissantes et de joies toujours nouvelles, voilà ce qui me semble un outrage à la nature, et dont il faut demander un compte sévère aux écrivains qui s'efforcent de pervertir les imaginations de la jeunesse. Le maximum des suicides appartient à l'âge de 40 à 50 ans, époque où la force de l'homme est encore si peu diminuée, où l'esprit a plus gagné par l'expérience qu'il n'a perdu par l'effet du temps. On peut en trouver les causes dans ce même âge, qui est celui des grandes ambitions concentrées par les années, et qui commencent à moins compter sur l'avenir pour le retour d'une fortune qui vient à s'éloigner d'eux.

Il serait à désirer que cet important sujet fût approfondi, dit M. Dupin, par un médecin à la fois naturaliste et philosophe, qui se proposât pour but de rechercher en même temps les divers moyens de diminuer, dans les divers âges, les proportions du suicide.

N. B. Nous lisons dans une note statistique sur l'Angleterre, publiée dans la Bibliothèque de Genève, d'après les registres mortuaires de Londres, cette terre classique du suicide, que le nombre des suicidés y diminue à tel point, qu'en 1834 et 1835 réunis, on n'y en a compté que 83, ce qui, sur 43,094 décès, fait 1 suicide sur 519 morts; tandis qu'à Paris, ce rapport est de 1 pour 100. Nous avons vérifié ces calculs d'après le chiffre des suicides donné par M. Dupin, et le tableau de la mortalité en France donnée par le Bureau des longitudes, et nous l'avons trouvé exact. Voilà encore une de ces aberrations que l'esprit humain ne peut concevoir, et qui cependant reconnaît un grand nombre de causes qu'il serait de la plus haute importance d'approfondir. J. F.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Service de M. JOBERT.

Rétrécissemens de l'urètre traités par des bougies enduites d'alun.

La thérapeutique des rétrécissemens de l'urètre a de tout temps attiré l'attention des chirurgiens, et, mal-

gré les travaux des auteurs modernes, cette branche de la chirurgie laisse encore beaucoup à désirer. Aussi nous croyons utile de faire connaître un moyen de traitement qui a obtenu un succès vraiment remarquable entre les mains de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis.

Gaery (Joseph-Augustin), âgé de 37 ans, garçon de bains, avait eu deux blennorrhagies, l'une en 1821, l'autre en 1830. Il garda la première trois ou quatre mois; elle fut accompagnée d'engorgement des testicules. Il la guérit sans injection dans le canal et sans qu'elle laissât aucune trace de son existence, car le malade urina aussi facilement qu'auparavant jusqu'en 1830, époque à laquelle il eut une deuxième gonorrhée. Celle-ci fut accompagnée d'écoulement de sang, et suivie immédiatement d'une difficulté d'uriner: cette gêne dans l'émission de l'urine augmenta peu à peu au point qu'il ne pût plus uriner que goutte à goutte.

M. Jobert lui introduisit des bougies pour la première fois en 1830; il parvint à dilater un peu le canal, et pendant cinq à six mois le malade fut soulagé. A cette époque, il y eut plusieurs récidives que l'on combattit avec succès à l'aide de la méthode de dilatation.

Vers le 15 décembre 1835, la gêne dans l'émission de l'urine augmenta sans que le malade qui, depuis trois ans environ, se dilatait lui-même le canal, pût parvenir à y introduire une bougie. L'un des chirurgiens de la capitale qui s'occupent avec le plus de succès des maladies des voies urinaires, essaya, mais en vain, de pénétrer dans la vessie à l'aide de bougies et de sondes, et il finit par proposer une opération que nous supposons être la boutonnière, et qui ne fut pas pratiquée.

Le 27 février 1836, il entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin.

Le rétrécissement paraît siéger dans la portion la plus reculée du bulbe de l'urètre; le malade ne peut uriner que goutte à goutte et avec beaucoup de difficulté. A plusieurs reprises, on essaya de faire pénétrer des bougies dans le rétrécissement, mais sans aucun succès. En désespoir de cause, le procédé de M. Mayor fut tenté, son emploi fut suivi de douleurs fort vives, et d'un écoulement de sang qui dura cinq heures: on y renonça.

Le 23 avril, M. Jobert songea à employer l'alun calciné pour attaquer le rétrécissement. Il enduisit d'huile une bougie qu'il plongea ensuite dans de l'alun calciné, et qu'il introduisit dans le canal. Ce premier essai ne fut suivi d'aucun effet marqué; le malade ne ressentit ni douleur ni cuisson; seulement la présence de la bougie lui causant de la fièvre, il la retira au bout de six heures.

Ce phénomène ne nous surprit pas attendu qu'il avait constamment suivi l'introduction des bougies dans l'urètre depuis l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 24 et les jours suivans, on continua l'emploi de l'alun. Mêlé à l'huile, il formait une pâte dont on introduisait de petites parties dans l'urètre à l'aide de la bougie qui, en outre, en était revêtue; et chaque jour nous remarquions que la bougie pénétrait un peu plus profondément, et le malade urinait avec plus de facilité.

Dans la journée du 27, le malade eut de la fièvre causée par la présence de la bougie, qu'il garda jusqu'à six heures du soir. Pendant la nuit, il urina pour la première fois par un jet continu de la grosseur d'une plume d'oie, et le 28 au matin, la bougie pénétra jusque dans la vessie.

Il est remarquable avec quelle promptitude ce rétrécissement, qui était assurément un des plus rebelles que l'on puisse rencontrer, contre lequel avaient échoué les procédés ordinaires employés par les mains les plus habiles, a cédé à un moyen aussi simple et auquel il est impossible de ne pas attribuer le succès.

L'observation suivante que je vais rapporter brièvement prouvera encore mieux combien l'action de l'alun calciné est prompte.

— Guérin, âgé de 36 ans, ébéniste, eut une gonorrhée en 1828, et au bout de deux jours il eut de la difficulté à uriner; son jet sortait en tire-bouchon, et par moment même il n'urinait que goutte à goutte.

Cet état persista depuis et se compliqua d'une infiltration d'urine qui s'étendit dans le scrotum et jusque dans l'aîne du côté droit; des incisions furent faites sur les parties tuméfiées, et il resta des cicatrices dures, blanchâtres sur le scrotum, la verge et dans le pli de l'aîne.

Depuis, la même difficulté dans l'émission de l'urine a persisté, et le malade fut, en outre, tourmenté par les envies continuelles d'uriner et des douleurs très-vives, qu'il calmait à l'aide de bains de siége.

On avait essayé plusieurs fois de le sonder, mais inutilement, et le 19 avril, il entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 52, portant deux rétrécissemens l'un en arrière du méat urinaire, l'autre au niveau de la portion bulbeuse. Après avoir tenté sans succès la dilatation à l'aide des bougies, l'alun fut employé le 26 avril, et le lendemain 27, le malade nous dit que depuis sept ans il n'avait pas aussi bien uriné que la nuit dernière: il avait éprouvé des cuissons, et quelques gouttes de sang s'étaient écoulées.

La bougie introduite dans le canal entre avec plus de facilité. On emploie l'alun une seconde fois.

Le 28, il a gardé sa bougie jusqu'à quatre heures du matin; il a uriné facilement pendant qu'elle était dans le canal, mais surtout après qu'il l'eut retirée. On emploie une bougie plus forte que celle de la veille, et elle entre dans la vessie avec une facilité surprenante.

Notre intention en publiant ces faits n'a pas été d'en tirer des lois générales, mais seulement de les déposer dans la science. Nous nous contenterons pour cette fois d'exposer ces résultats sans entrer dans de plus grands détails; s'ils sont suivis de tout le succès qu'ils permettent d'espérer, la chirurgie sera redevable à M. Jobert d'une nouvelle conquête qui permettra de substituer dans le traitement des rétrécissemens un moyen prompt et innocent à des moyens qui ne sont pas sans inconvénient. Il nous reste, toutefois, à étudier avec plus de soin l'action de l'alun sur le canal de l'urètre, et d'examiner dans quelle espèce de rétrécissement ce moyen est le plus utile. L. L.

Leçons de Philosophie médicale; par M. Bouillaud. (Hôpital de la Charité.)

(Deuxième leçon. — 23 avril.)

Nous arrivons au dix-septième siècle. Nous allons jeter un coup d'œil sur quelques-uns des médecins qu'il a produits, et sur leur philosophie. Parmi eux se trouve Baglivi, enlevé jeune à la médecine. Il contribua puissamment à ramener cette science dans la voie de l'observation, qui avait été longtemps négligée, et voulut faire revivre l'école de Thomson, en groupant toutes les maladies dans trois classes : celles où les solides ont trop de force, celles où ils n'en ont point assez, et celles où il y a un état mixte. Un des premiers il s'occupa de vivisections et s'en servit pour expliquer les fièvres, à l'aide d'injections irritantes dans les veines des animaux; il déterminait chez eux un état fébrile, d'où il conclut que la fièvre était un état inflammatoire.

Sydenham, ce grand homme que l'on a salué du titre d'Hippocrate anglais, était doué d'une grande probité, qualité précieuse et indispensable aux médecins. Il disait qu'il ne soumettait ses malades qu'à un traitement auquel il voudrait être assujéti s'il se trouvait dans leur position. C'est là le plus bel éloge qu'il ait fait de lui-même, et un des plus beaux titres à sa gloire. Selon lui, une maladie aiguë devait être définie : *Un effort de la nature pour expulser une matière nuisible à l'économie.* Pour qu'une définition fût bonne dans le cas qui nous occupe, il faudrait qu'elle pût s'appliquer à toute maladie aiguë. Celle de Sydenham est vicieuse, puisqu'elle ne saurait convenir à une luxation, à une fracture, etc. Adonné tout entier à l'étude des phénomènes extérieurs des maladies, il fallait, disait-il, observer, puis systématiser et classer les maladies comme le font les botanistes à l'égard du règne végétal. Doué d'un grand talent d'observation, il marche sur les traces d'Hippocrate et décrit laconiquement les symptômes les plus importans comme les plus légers, semblable à un peintre qui, non content de s'attacher à reproduire les traits principaux de l'original, s'astreint encore à rendre ses moindres particularités. Sa description de la peste qui se montra à Londres en 1665 et 1666, est bien faite, mais on chercherait en vain dans ses ouvrages la description complète d'une maladie, puisqu'il ne connaissait pas l'anatomie pathologique. Il étudia avec soin les causes des maladies, insista sur l'action qu'exercent sur la machine humaine, les *ingesta*, les *circumfusa*, etc. Outre ces causes, il admet encore les causes occultes, divines, ce *quid divinum* si fécond en maladies graves, telles que la variole, le choléra-morbus, maladies dont l'énigme ne sera pas devinée de longtemps et ne le sera peut-être jamais. D'après Sydenham, les saisons exerçaient une telle influence sur la même maladie, que celle-ci se montrait avec tel ou tel cachet particulier, selon l'époque de l'année où on l'observait et qu'un traitement mis en usage dans l'une d'elles avec le plus grand succès, pouvait entraîner de fâcheux résultats dans une autre partie de l'année; il voulait donc à la mort tout malade qu'il avait à traiter avant qu'il n'eut découvert un traitement approprié à la saison et à la constitution épidémique : et cependant le médecin anglais employait le même traitement dans les épidémies; c'étaient les saignées, les sudorifiques, etc. Il considérait la fièvre typhoïde, le rhumatisme, etc., comme des maladies essentiellement spécifiques. Pour lui, l'angine, la scarlatine et beaucoup d'autres états morbides étaient des fièvres intermittentes : elles avaient pour causes les vicissitudes atmosphériques, mille fois plus redoutables que la guerre, la peste et la famine. En cela il avait bien raison, car sans chercher plus loin que la France, on verra que les paysans, les ouvriers et les prolétaires de toute espèce sont moissonnés à chaque instant par l'intempérie des saisons à laquelle ils s'exposent journellement, et contre laquelle ils ne prennent aucune précaution; souvent le corps baigné de sueur, ils se dépouillent de leurs vêtemens et s'exposent au froid; de là ces catarrhes, ces douleurs, ces inflammations violentes auxquels ces malheureux sont en proie.

Il proscrivait les excitans dans le traitement des maladies malignes, c'est-à-dire accompagnées de symptômes adynamiques. Cette médication, à son avis, avait été plus nuisible à l'espèce humaine que la poudre à canon. Il mit en honneur la médecine expectante dans beaucoup de cas où il comptait sur la nature médicatrice; mais dans les affections très-aiguës, il traitait avec vigueur, et avait une grande prédilection pour les saignées : il en fut le champion pendant que la peste sévissait à Londres, et s'appuyait sur l'autorité de Botal qu'il louait à chaque instant.

Dans certaines maladies il recommandait d'employer les saignées sans parcimonie, et quand les adversaires des émissions sanguines lui objectaient leurs insuccès, il répliquait en disant qu'ils n'avaient point employé cette méthode avec assez d'énergie, et s'il vivait aujourd'hui, il pourrait adresser le même reproche à M. Louis.

L'Hippocrate anglais formula le premier le traitement de la pleuro-pneumonie par les saignées; en effet, il reconnaissait la nécessité des formules, comme les bons esprits la reconnaissent aujourd'hui; que vous importe de savoir que tel médicament s'emploie pour combattre telle maladie, si vous n'en connaissez pas les doses et le mode d'administration ?

Il traitait les fièvres continues de la même manière que les fièvres intermittentes, quoiqu'il prétendît qu'elles fussent aussi éloignées par leur nature que le ciel l'est de la terre, *toto cœlo.* Ceci prouve que sa pratique n'était pas toujours en harmonie avec sa théorie. Il ne manquait jamais de proscrire les théories, et même de s'en moquer; il alla jusqu'à dire que la théorie n'était pas plus utile au médecin que la musique à l'architecte, ce qui n'était pas beaucoup dire, puisque vous le savez, Amphion faisait mouvoir les pierres aux accens de sa lyre. Cependant, en lisant ses ouvrages, on se convaincra qu'il ne s'y trouve pas une seule page qui n'en contienne un plus ou moins grand nombre. Ainsi, il dit positivement que la pneumonie est une inflammation du sang.

d'où il conclut qu'il faut administrer des boissons à hautes doses, et employer les réfrigérans ; il dit encore que la fièvre est une inflammation, une ébullition ; il n'est pas jusqu'à se définition des maladies qui ne porte l'empreinte de la spéculation et même de la métaphore, puisqu'il semble considérer la nature médicatrice comme le champion du corps humain, chargé de combattre et d'expulser un ennemi redoutable, la matière morbifique. Tant il est vrai que la spéculation est indispensable au médecin, et que celui qui la bannit y revient malgré lui. Un médecin philosophe fait de la théorie comme l'oiseau fait son nid, comme le fablier faisait des fables.

Il serait superflu d'insister sur ces graves erreurs d'un grand homme ; il me suffit de dire qu'il ne saurait y avoir de bonne thérapeutique sans spéculation.

Vous voyez, Messieurs, par quelles phases notre art a dû passer avant de se perfectionner. Lisez son histoire, vous n'y verrez que des luttes, puis des erreurs semées de quelques vérités ; mais enfin ces dernières portaient en elles la nécessité du triomphe, et elles ont triomphé. Disons du médecin anglais ce que nous avons déjà dit du médecin grec ; s'il venait aujourd'hui parmi nous tel qu'il fut à la fin du dix-septième siècle, il serait médiocre et ferait à chaque pas des erreurs de diagnostic ; mais s'il revivait au dix-neuvième siècle avec notre science et son génie, il serait placé à côté des hommes les plus illustres de notre époque. Je me garderai bien de dire qu'il serait à leur tête, car, Messieurs, il devrait se placer après le médecin du Val-de-Grâce.

— Nous voici au dix-huitième siècle si fameux en réformes, en découvertes de toutes sortes ; on y rencontre des hommes grands et opposés dans leurs croyances. Au premier rang on trouve Boërhaave et Stahl ; le premier, dont la réputation était tellement répandue, qu'on lui écrivait : *à Boërhaave, en Europe*, fut professeur de mathématiques, de physique, de chimie et de botanique à l'université de Leyde ; doué d'une science universelle, il allia l'étude des sciences naturelles à celle de la théologie et des langues ; il appliqua d'une manière presque exclusive les lois physiques et chimiques qui régissent les corps anorganiques à l'étude de l'homme matériel ; il expliqua la circulation des liquides et les sécrétions par le rapport hydraulique existant entre la capacité des vaisseaux et le volume des globules des différentes humeurs. Pour lui, l'inflammation était le résultat d'une erreur de lieu : c'est ainsi qu'il s'efforça dans le traitement des maladies de désobstruer les vaisseaux.

Il voulut faire servir la chimie à combattre l'acrimonie du sang. Ses aphorismes sont pleins de conjectures et d'hypothèses.

Pinel accusa le médecin de Leyde d'avoir appliqué les sciences exactes à la médecine, et cependant il voulut bien faire l'application de ces sciences aux mouvemens du corps. Enfin Boërhaave, tout en accordant la prépondérance aux lois chimiques et physiques dans l'organisation humaine, ne répudia pas entièrement le vitalisme.

Stahl, le prince et le chef des vitalistes, vint élever un mur d'airain entre la médecine et les sciences physiologique et physique. Aveugle dans sa vicieuse théorie, il ne veut point voir que la physiologie est le flambeau de notre art. Il est vrai que la physiologie n'avait point encore ce degré de splendeur qu'elle a acquise de nos jours ; splendeur à laquelle M. Magendie a tant contribué par ses travaux ; car le professeur du collége de France est aujourd'hui le physiologiste par excellence, *et le seul qui mérite ce nom*. Stahl fait dépendre de l'ame tous les phénomènes de la vie ; elle gouverne l'organisme en souveraine. Le corps lui est subordonné, et doit être mu par des forces immatérielles. Les maladies, dit-il, ont en général leur source dans les troubles de l'ame. Vaincu dans ses derniers retranchemens par les métaphysiciens de son époque, il finit par attribuer à l'ame, l'étendue, etc.

Le tort du médecin allemand fut d'être trop exclusif ; sans doute que dans l'homme il y a autre chose que des lois physiques, chimiques, etc. ; mais cela ne suffit pas pour exclure l'application de ces lois à l'intelligence des phénomènes de la vie. Disons-le, l'homme, comme la matière inanimée, est soumis aux grandes lois de l'hydrostatique, de la mécanique, de la chimie. Mais outre ces lois, il en est d'autres auxquelles il est soumis, ainsi que les autres animaux. Peu importe qu'on nomme ces lois forces vitales ; dans le cas qui nous occupe, le nom ne fait rien à la chose ; il suffit de la constater et de s'en convaincre. M.

N° 54. — 5 Mai.

HOPITAL NECKER. — M. Civiale.

Lithotritie chez la femme.

Leloir (Marie-Barbe), âgée de quarante ans, cotonnière, de Neuville (Pas-de-Calais), femme mariée, d'une assez bonne constitution, mais d'une sensibilité exaltée par de longues et cruelles souffrances, entra à l'hôpital Necker le 26 mars dernier.

Dix-huit mois auparavant, elle avait commencé à éprouver du dérangement dans l'excrétion de son urine, dont l'émission fréquente et peu abondante était accompagnée et suivie de douleurs cuisantes dans l'urètre, avec des efforts d'expulsion considérable. Ces accidens ne tardèrent pas à s'aggraver ; les envies d'uriner devinrent plus rapprochées ; la malade était souvent obligée de les satisfaire au moins vingt fois par nuit. Les urines, d'abord bourbeuses, finirent par déposer d'abondantes mucosités. Les reins, qui n'avaient jamais été le siége d'aucune souffrance, commencèrent, il y a un an, à être douloureux, la malade n'avait jamais rendu de graviers ; elle ne s'était pas du moins aperçue que ses urines en déposassent.

Depuis plusieurs mois elle était obligée de garder le lit ; elle ne pouvait ni marcher, ni même rester assise, sans ressentir aussitôt dans l'urètre des douleurs qu'elle

comparait à celles que lui auraient occasionnées des lames de couteau. Quand elle changeait de place dans son lit, en se retournant d'un côté sur l'autre, elle sentait, disait-elle, quelque chose qui retombait sur le côté où elle prenait un point d'appui.

Un médecin consulté avait prescrit, sans explorer d'abord la vessie, diverses tisanes, puis l'usage du cathétérisme évacuatif, que la malade effectuait elle-même avec une algalie flexible, ne pouvant pas uriner sans le secours de ce moyen.

Ce traitement, continué pendant six mois sans interruption, fut et devait être infructueux. La malade voyant empirer chaque jour son état, eut encore recours à un autre chirurgien, qui la sonda et qui reconnut aussitôt la présence d'un calcul dans la vessie. Elle vint alors à Paris, où M. Civiale constata par le cathétérisme la justesse de ce diagnostic.

Cette femme souffrait beaucoup quand elle entra à l'hôpital; sa figure gripée exprimait les douleurs les plus cruelles. Depuis longtemps la malade était fatiguée par l'insomnie; elle était dans un état général d'éréthisme qui demandait à être calmé avant qu'on pût songer à aucune espèce d'opération. La vessie et l'urètre étaient d'une irritabilité excessive; la pierre était volumineuse; les fonctions digestives étaient dérangées.

La malade fut soumise à un traitement préparatoire convenable, réclamé par la fatigue d'un pénible voyage et par la nécessité de laisser cette femme s'acclimater au séjour de l'hôpital. Des bains, des lavemens, des cataplasmes émolliens sur l'hypogastre, des injections vésicales tièdes, une tisane abondante de chiendent, un régime lacté, furent prescrits. On eut recours aussi à quelques suppositoires composés de:

Beurre de cacao,	demi-gros.
Extrait de jusquiame, — Gommeux d'opium.	*ãã*, demi-gr. à 1 gr.

Ces divers moyens ne tardèrent pas à mettre la malade dans des conditions plus favorables, qui permirent l'application de la lithotritie.

Le 2 avril, M. Civiale fit une première opération. La vessie put recévoir et garder une suffisante quantité d'eau. Un instrument courbe et à compression indépendante, fut introduit sans difficulté; la pierre fut aussitôt saisie et fixée sur un diamètre de 20 lignes; la pression manuelle devenant insuffisante pour vaincre la résistance du calcul, celui-ci ne résista pas à l'application d'un compresseur à gouttière. La pierre fut une seconde fois saisie et écrasée par le même procédé; des fragmens de différens volumes furent brisés à l'aide de la pression manuelle.

Pendant cette séance, qui ne fut que de courte durée, la malade ne manifesta que des souffrances fort ordinaires. Elle prit un bain, elle fut mise à l'usage du boillon pour toute nourriture. Dans la journée et les jours suivans, elle rendit une assez grande quantité de détritus lithiques. Un léger accès de fièvre eut lieu dans la soirée; mais cet accident ne reparut pas le lendemain, et la malade put être soumise, le 6 avril, à une nouvelle opération.

Le résultat de cette seconde séance fut le broiement d'un grand nombre de fragmens qui n'avaient pu franchir le col de la vessie, et dont la surface inégale avait exalté la sensibilité de cet organe. Ces fragmens ainsi réduits furent expulsés.

A partir de cette époque, une amélioration notable se manifesta dans l'état de la malade; les opérations furent moins douloureuses.

Les 9 et 13 avril, deux autres séances achevèrent la destruction du calcul, dont la malade rendit des débris. Elle cessa absolument de souffrir; elle reprit le sommeil et l'appétit; les urines devinrent limpides et cessèrent de déposer des mucosités.

Le 16, une exploration négative permit de considérer la guérison comme assurée. Néanmoins, comme la vessie, longtemps fatiguée par la présence du calcul, avait peu d'énergie, M. Civiale prescrivit des injections froides, répétées deux fois par jour, en attendant de nouvelles explorations.

Le 18, M. Civiale fit une recherche, et rencontra un petit fragment qui échappa ensuite, mais que la malade expulsa dans la journée. Elle sortit de l'hôpital le lendemain. Elle y revint le 23 pour se soumettre à une exploration définitive, qui eut lieu en présence de M. le docteur Clémot, chirurgien en chef de la marine à Rochefort. Elle partit le lendemain pour son pays.

Un grand nombre de personnes ont assisté aux opérations subies par cette femme, qui offre un nouvel exemple de l'heureuse application de la lithotritie.

Nous saisissons cette occasion pour faire quelques remarques concernant l'affection calculeuse chez la femme, qui est, dit-on, moins sujette que l'homme à cette maladie. La disposition anatomique des organes urinaires de la femme permet la facile expulsion des concrétions pierreuses contenues dans la vessie, mais ne suffit pas pour faire admettre que des calculs se forment moins souvent dans les reins, d'où ils peuvent ensuite tomber dans la poche urinaire.

Les résultats numériques sur lesquels on a établi la proportion des femmes dans le nombre total des calculeux, ne me paraissent pas avoir tout le degré d'exactitude que l'on doit désirer dans des appréciations de cette nature. On a été conduit à admettre les femmes pour 1/22e environ dans le nombre des individus de tout âge atteints de la pierre. C'est ce qui résulte en effet de divers relevés statistiques publiés sur cette maladie.

Mais dans tous ces documens, on ne tient pas compte d'un nombre assez considérable de femmes qui ont rendu spontanément des calculs plus ou moins volumineux. Il existe même à ce sujet des faits vraiment extraordinaires, et qu'on pourrait révoquer en doute s'ils n'étaient attestés par des observations dignes de foi. On trouve, par exemple, dans les Ephémérides des curieux de la nature, l'observation d'une femme qui

expulsa ainsi par l'urètre une pierre pesant plus de 12 onces. M. Civiale a récemment présenté à l'académie des sciences, un tableau renfermant quarante-sept cas de ce genre : on pourrait en rassembler beaucoup d'autres.

On conçoit dès lors que si, dans les relevés statistiques, on néglige de mentionner les femmes qui ont spontanément rendu des pierres vésicales, pour ne tenir compte que de celles qui ont été opérées, on s'éloigne de la vérité en ce qui concerne le chiffre réel des individus femelles atteints de la maladie calculeuse ; les statistiques publiées jusqu'à ce jour, constatent seulement que, sur un nombre donné de calculeux soumis à la taille, les femmes y figurent dans une proportion variable suivant les lieux où les observations ont été recueillies : on sent bien que ce n'est pas là précisément ce qu'il s'agissait de connaître. Il faudrait aussi savoir si, comme le proclament les statistiques actuelles, les femmes sont réellement moins sujettes à la pierre que les hommes ; or, d'après ce que nous venons de dire, il est clair que la proportion qu'on a donnée est fautive et trop avantageuse pour elles. Que des dispositions anatomiques, favorisant l'expulsion spontanée des pierres plus ou moins grosses par l'urètre, mettent ainsi plus souvent les femmes à l'abri des opérations que l'homme évite rarement, c'est ce que personne ne peut contester ; mais il ne suit pas de là qu'elles soient moins exposées aux concrétions calculeuses elles-mêmes.

Nous ajouterons, en outre, que la plupart des femmes qui se débarrassent des corps étrangers contenus dans la vessie, conservent souvent, quand ils sont d'un certain volume, des infirmités auxquelles la lithotritie aurait pu les soustraire aisément, car le propre de cette méthode est précisément de ramener les concrétions de la vessie à des conditions telles que leur passage puisse s'effectuer par l'urètre.

Nous avons déjà signalé dans ce journal la négligence apportée dans les explorations de la vessie des personnes atteintes de dérangement dans les fonctions de ce viscère. Chez la femme qui fait le sujet de l'observation précédente, la maladie calculeuse s'est d'abord dessinée par des symptômes peu graves en apparence, mais qui devaient suffire pour donner l'éveil au premier médecin qui fut consulté et qui ne sonda pas la malade. S'il eût pratiqué le cathétérisme, il aurait sans doute reconnu la véritable cause des souffrances ; leur durée eût pu dès lors être beaucoup abrégée ; tandis que c'est seulement dix-huit mois environ après leur invasion, qu'un autre chirurgien plus expérimenté constata l'existence d'un calcul vésical en explorant la poche urinaire. Le cathétérisme, pratiqué avec prudence, est une opération si peu grave qu'il ne faut pas le négliger dans tous les cas où l'excrétion de l'urine présente des phénomènes anormaux. C'est en agissant ainsi qu'on arrivera à diminuer le nombre des cas défavorables à la lithotritie.

Cette opération, a-t-on dit dans une discussion solennelle, où l'on regrette d'avoir vu un chirurgien haut placé, contredire ses propres opinions pour défendre une fort mauvaise cause, est une série de souffrances qui se renouvellent et s'aggravent à chaque séance de broiement. L'observation journalière dément cette assertion. L'histoire de la femme opérée par M. Civiale, prouve de nouveau que les malades s'habituent au broiement, et qu'après une ou deux séances, ceux qui ont le plus souffert n'éprouvent presque plus de douleurs; leur état général s'améliore, et tous ces prétendus dangers, tous ces accidens dont on s'est plu à grossir la liste, n'existent que dans l'imagination de ceux qui ont fort peu étudié la nouvelle méthode.

Quant à son application chez la femme, on avait dû d'abord généralement penser qu'elle était plus facile et plus prompte dans ses résultats que chez l'homme. L'expérience n'a fait que confirmer ce que permettait d'admettre *à priori* la seule disposition anatomique des organes urinaires de l'un et de l'autre sexe. Fidèle interprète de l'opinion des praticiens sur ce point, M. Velpeau, à une époque encore peu éloignée, avait parfaitement reconnu et exposé dans sa Médecine opératoire (tome 3, p. 395), les raisons qui rendent la lithotritie, chez les femmes, presque *sans danger* et *infiniment* plus facile que chez l'homme.

On a dit avec raison que, si la lithotritie était à créer, il faudrait l'inventer pour les personnes du sexe; et si quelque chose doit surprendre, en effet, c'est que pour elles cette méthode n'ait pas été imaginée plus tôt. La largeur et la dilatabilité extraordinaires de leur urètre, son peu de longueur, sa forme droite, sont autant de circonstances qui favorisent l'application de la nouvelle méthode, et qui, en permettant la facile expulsion de fragmens lithiques plus gros que chez l'homme, dispensent de les triturer autant; les séances sont dès lors moins multipliées ; le traitement est moins long. L'absence de la prostate contribue aussi à rendre l'opération plus facile et moins douloureuse, car c'est à la présence de cette glande, et surtout à son hypertrophie plus ou moins considérable chez les calculeux, qu'il faut attribuer le principal obstacle que rencontre l'introduction des instrumens. Cette disposition morbide est aussi la cause la plus fréquente des souffrances qu'éprouvent les malades, car c'est sur le col vésical que se passe l'action douloureuse des instrumens, surtout quand on est obligé d'exercer une certaine pression sur cette partie, lorsqu'il s'agit de chercher et de saisir une pierre logée dans l'espèce de cul-de-sac qui se trouve derrière la prostate tuméfiée.

Est-il nécessaire de parler aussi de l'absence des orifices séminaux, qui met encore la femme à l'abri d'accidens, peu graves en général, il est vrai, mais qui cependant surviennent quelquefois chez les hommes soumis à la lithotritie, surtout quand ils négligent de soutenir leurs testicules? Cet accident, quoique rare, a au moins l'inconvénient de retarder le traitement de la maladie principale.

Nous n'avons autant insisté sur les considérations qui précèdent que pour faire voir combien sont fondées les raisons données par M. Velpeau dans l'ouvrage que nous

avons cité plus haut, et qui lui faisaient alors préférer la lithotritie à la taille chez la femme.

Sur quoi s'est donc appuyé ce professeur pour soutenir, quelques années plus tard, en pleine académie, une opinion diamétralement opposée à celle qu'il avait émise? A-t-il présenté quelques faits qui aient pu l'autoriser à changer aussi facilement d'avis? Tous ceux qui ont été publiés confirment au contraire la justesse des assertions premières. Ce ne sont sans doute ni les observations ni les raisons anatomiques présentées par M. Bancal qui ont exercé une influence fâcheuse sur ses convictions. Ces observations prouvent, selon nous, précisément le contraire de ce qu'a voulu démontrer leur auteur; c'est-à-dire que la lithotritie ne présente chez la femme aucune des difficultés qu'il a cru reconnaître.

Est-ce parce que la cystotomie est, en général, moins grave chez elles, que M. Velpeau la préfère à la méthode du broiement? La taille, il est vrai, est moins dangereuse chez la femme, mais ses chances de succès sont cependant encore moins avantageuses que celles offertes par la lithotritie, qui, de l'aveu même de M. Velpeau, est *très-facile* et *sans danger*. Quel motif pourrait donc faire préférer à une opération ainsi qualifiée une opération sanglante, qui n'est certes pas sans danger? Aucun. Les faits pratiques prouvent au contraire ce que le plus simple bon sens et la disposition anatomique des organes urinaires de la femme permettaient d'admettre, c'est-à-dire, que la lithotritie chez elle est d'une application facile, prompte dans ses résultats, exempte de dangers et qu'elle doit par conséquent être préférée à la taille. Elle ne présente qu'une difficulté réelle dont on n'a pas parlé et que M. Civiale a signalée. Cette difficulté résulte de la mobilité du méat urinaire de la femme, qui s'oppose quelquefois à l'introduction d'un très-gros instrument. Il suffit alors d'en prendre un plus petit.

Que penser de ces convictions scientifiques qui se formulent tantôt dans un sens et tantôt dans un autre tout à fait opposé? La lithotritie aurait-elle donc le triste privilége de fournir à quelques hommes l'occasion de démentir le lendemain leurs assertions de la veille, et de leur faire trouver dans des raisons anatomiques claires, précises, invariables, le contraire de ce qu'ils y avaient vu? Des contradictions aussi choquantes sont vraiment déplorables, quand on voit les faits leur donner un éclatant démenti. Les hommes qui, par la position élevée qu'ils occupent, aspirent à diriger l'opinion publique sur le mérite d'une découverte dont ils prétendent régler les progrès, devraient, ce me semble, s'arranger de manière à être toujours d'accord avec eux-mêmes, en songeant que leur parole doit avoir du retentissement.

LEDAIN.

N° 55. — 7 MAI

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. LISFRANC.

Anévrisme de l'artère fémorale; ligature de l'iliaque externe.

M. Lisfranc a pratiqué mardi dernier à l'hôpital de la Pitié, en présence d'un nombreux concours de médecins et d'élèves, la ligature de l'artère iliaque externe sur un homme d'une quarantaine d'années, de constitution robuste.

Ce malade était affecté d'un anévrisme de la fémorale, vers le point où cette artère donne naissance à la musculaire profonde. La tumeur, de forme oblongue, du volume d'une grosse noix, était le siége de douleurs assez vives et occasionnait un sentiment de pesanteur et d'engourdissement dans tout le membre.

Placé depuis quelque temps dans les salles de chirurgie, ce malade manifestait chaque jour plus d'impatience d'être délivré de son mal par une opération.

Cependant, M. Lisfranc qui, à moins d'urgence, n'opère jamais les individus nouvellement entrés à l'hôpital avant d'être bien assuré que ce séjour n'a pas eu une influence défavorable sur l'état de leur santé, et qui, dans ce dernier cas, attend qu'ils soient pour ainsi dire acclimatés, retarda l'opération de quelques jours, se proposant d'ailleurs de revoir sur le cadavre l'anatomie chirurgicale des régions iliaque et inguinale. Malgré toute la sûreté d'exécution, dit-il, que me donne l'habitude des opérations et un enseignement de plus de dix-huit ans de leurs manœuvres dans les amphithéâtres, je n'ai pas cru devoir pratiquer une ligature aussi importante sans examiner de nouveau ce que j'avais vu et démontré tant de fois. En agissant ainsi, vous apporterez dans la pratique de la chirurgie des idées plus claires, plus nettes, et vous n'imiterez pas cette tourbe d'opérateurs imprudens qui mettent la main à l'œuvre avant de s'être bien rendu compte de ce qu'ils doivent faire.

Je vous engage à n'agir jamais autrement lorsque vous aurez à faire des opérations graves, et dont la mauvaise exécution pourrait compromettre l'existence des malades qui se confieront à vous.

Alors si un malheur devait vous arriver, vous n'éprouveriez pas le regret d'avoir omis des précautions que vous commandent l'humanité; plus que tout autre, peut-être, aurais-je pu croire pouvoir m'en dispenser. Cependant, il ne m'en a pas coûté du tout de faire disparaître tout sentiment d'amour-propre devant l'intérêt du malade.

Assisté de mon ami le docteur Pinel Grandchamp et de mes élèves internes, j'ai, sur deux cadavres et des deux côtés, découvert l'artère iliaque en prenant un terme moyen entre la direction de l'incision, d'après le procédé d'Abernethy d'une part, et celui d'Astley-Cooper de l'autre.

Une de ses extrémités, l'externe, doit être située un peu au-dessus et à un pouce en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles; l'interne doit arriver à un pouce et un tiers de l'épine du pubis en se rapprochant du ligament de Fallope et suivant une direction parallèle à celle des fibres des muscles obliques de l'abdomen.

Je voulais éviter ainsi autant que possible la section perpendiculaire des fibres des muscles de l'abdomen du procédé d'Abernethy, ce qui affaiblit trop les parois et expose les malades à des hernies, et la trop grande étendue de celui de Cooper qui expose à la lésion des artères iliaque antérieure, épigastrique ou du cordon spermatique.

Après avoir fait la section de la peau, celle de l'aponévrose superficielle, de l'aponévrose du grand oblique, j'ai abandonné l'instrument tranchant pour écarter les fibres musculaires avec les doigts et me suis servi d'un bistouri boutonné pour inciser quelques faisceaux musculaires qui gênaient le mouvement de mes doigts; alors arrivant au feuillet du fascia transversalis, je le repoussai et l'ouvris; puis me servant de la face palmaire des doigts de préférence à leur extrémité, je refoulai le péritoine avec précaution pour dégager les vaisseaux que je voulais mettre à découvert. Je ne me sers pas de sonde cannelée pour inciser les dernières couches, dans la crainte de léser le péritoine avec l'extrémité de cette sonde; le doigt indicateur et l'ongle me paraissent plus commodes et moins dangereux pour déchirer les légères expansions aponévrotiques et celluleuses qui servent de gaînes aux vaisseaux.

L'artère mise à découvert, il me fut bien facile de sentir avec l'extrémité du doigt sur le psoas et l'iliaque ses rapports avec la veine iliaque qui est en dedans et en arrière, et avec le nerf crural qui est en dehors, et en écartant convenablement les bords de la plaie, d'apercevoir très-distinctement ces mêmes rapports.

Alors, soulevant l'artère au moyen de l'aiguille courbe de Deschamps introduite de dedans en dehors, je passai facilement une anse de fil derrière elle; puis après avoir ouvert la paroi de l'abdomen, j'examinai à contre-jour la disposition des artères épigastrique et iliaque antérieures que je pouvais apercevoir très-distinctement et qui se trouvaient à quelque distance l'une et l'autre des extrémités de l'incision, de manière à être à l'abri de l'action du bistouri. Ces artères ont été disséquées ensuite pour examiner avec soin le lieu de leur origine et les variétés qu'elles offrent souvent sous ce rapport sur le même sujet, si on les examine des deux côtés.

Quelques essais sur le degré de la résistance apportée par le péritoine en pesant sur lui avec l'extrémité des doigts, m'ont prouvé qu'il ne se rompait pas aussi aisément que le peu d'épaisseur qu'il présente pourrait le faire supposer; et je crois qu'en employant la précaution que j'ai indiquée, de décoller lentement et avec la face palmaire des doigts, on doit éviter une rupture qui n'arriverait que si l'on procédait avec une grande brusquerie. Il nous restait à voir à quelle distance il était plus convenable de placer la ligature, afin d'éviter de la rapprocher trop du voisinage d'une artère collatérale; alors, vous le savez, le caillot n'ayant qu'un très-petit volume et de faibles adhérences, serait chassé par la colonne de sang, ce qui pourrait être suivi d'une hémorrhagie promptement mortelle. Ce malheur est arrivé à Béclard dans un cas de ligature de l'iliaque, au-dessous de la naissance de l'artère épigastrique. M. Pinel-Grandchamp a été témoin de ce fait.

Placée trop en arrière, et rapprochée de la naissance de l'iliaque interne, la ligature offrirait le même danger. Il faut donc la placer entre l'origine des deux artères, plus ou moins haut, suivant l'état de l'artère fémorale au-dessus de l'anévrisme; car il ne faut jamais trop rapprocher la ligature d'une tumeur anévrismale, dans la crainte qu'elle ne coupe l'artère avant qu'aucun travail de cicatrisation se soit opéré.

Après avoir indiqué ces points principaux relatifs à l'opération qu'il allait pratiquer, M. Lisfranc fit apporter le malade, sur lequel il suivit exactement la manœuvre qu'il avait faite sur le cadavre. Il fit remarquer que les circonstances n'étaient pas les mêmes pour la facilité de l'exécution. En effet, le malade étant fort, ayant les muscles prononcés, la contraction de ces muscles resserrait les deux bords de l'aponévrose, et gênait considérablement les mouvemens des doigts pour opérer le décollement du péritoine, l'isolement de l'artère et le passage de l'aiguille; puis les efforts que quelques douleurs faisaient faire au malade, chassant les viscères et le tissu cellulaire graisseux entre les bords de l'ouverture, contribuaient encore à augmenter cette gêne.

Un avantage bien grand, dit M. Lisfranc, compense ces inconvéniens dans l'opération sur le vivant, ce sont les battemens de l'artère qui permettent de la mieux sentir. Ayant passé le fil autour d'elle avec facilité, un aide la souleva pour interrompre les battemens dans la tumeur; puis l'abandonna à elle-même pour les laisser reparaître. Cette manœuvre ayant été réitérée deux ou trois fois, afin d'avoir une certitude plus grande qu'elle était bien saisie, l'artère fut liée. Le malade éprouva, au moment où le lien fut serré, une douleur qui, dit-il, remontait jusqu'au rein. Peut-être cette douleur était-elle due à la ligature d'un filet séparé du plexus crural, et qui existe sur l'artère; mais la difficulté de pouvoir l'isoler ou le couper, et les inconvéniens graves qui pourraient résulter de l'emploi d'une sonde pour gratter la surface de l'artère, ou de ciseaux et du bistouri, sont trop évidens pour qu'on fasse la moindre tentative à cet égard, ainsi que le recommandent quelques auteurs qui, à coup sûr, n'ont pas fait cette ligature.

Cette opération, en comptant plusieurs momens d'interruption, soit pour calmer le malade et l'empêcher de faire des efforts trop violens, ce qui donnait lieu à un rétrécissement de la plaie et au gonflement de la veine iliaque, soit pour s'assurer de la cessation des battemens de la tumeur, n'a pas duré plus d'un quart-d'heure; elle a été faite avec la plus grande précision dans tous

les mouvemens, et autant d'aplomb que s'il se fût agi d'une artère de très-médiocre importance.

Le péritoine a été peu décollé, le fond de la plaie aussi ménagé que possible. Le malade, pansé simplement à plat au moyen d'une compresse fenêtrée enduite de cérat et couverte d'un peu de charpie et d'un cataplasme, a été placé dans un lit chaud, le membre enveloppé de linges chauffés qu'on renouvelle de temps en temps; une potion antispasmodique, de l'eau de gomme, de la limonade édulcorée chaude, lui ont été données. Il est à une diète sévère, et on a recommandé la plus parfaite tranquillité autour de lui. Le trouble produit par cette opération est une sorte de stupeur avec ralentissement du pouls, qui ne bat que 64 fois par minute.

Mercredi 4, le malade ne se plaint pas; il a dormi deux ou trois heures; sa peau est chaude et moite; celle du membre opéré est un peu fraîche au pied seulement, et chaude partout ailleurs; son pouls bat 96 fois par minute, et est dur et développé. Les conjonctives sont injectées. On prescrit une saignée de deux palettes.

Tout fait espérer que ce malade guérira sans accidens. Nous rendrons compte du résultat.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Rayer.

Observation de paralysie de la sensibilité et de la motilité du côté gauche de la face, avec paralysie du muscle droit externe de l'œil du même côté, produite par une lésion d'un des nerfs de la 5e, 7e et 6e paires encéphaliques. (Extrait d'un mémoire lu à la société de médecine de Paris, par le docteur Tanquerel des Planches.)

Ollivier (Marie-Elisabeth), âgée de cinquante-deux ans, lingère, d'un tempérament nerveux, entra le 5 novembre 1834 à la Charité, service de M. Rayer.

Cette femme rapporte à une misère affreuse à laquelle elle fut vouée dès son enfance, diverses maladies dont elle a été affectée, entr'autres une hydro-péritonite, un pissement de sang accompagné d'anasarque, etc. Au mois d'avril 1834, elle éprouva un mal de dents très-aigu; on fit alors inutilement l'évulsion de sept dents. Une petite tumeur apparut à la même époque vers la région temporo-parotidienne.

Etat de la malade à son entrée à l'hôpital.

Œdème de la face.

Côté gauche. Au-devant de l'oreille, sur les limites des régions temporales et parotidiennes, on observe une tumeur du volume d'une amande, à surface oviforme et arrondie, assez bien circonscrite, non dépressible. La peau qui la recouvre n'offre aucun changement dans sa couleur et sa texture. Les mouvemens d'abaissement de la mâchoire inférieure diminuent sensiblement son volume; enfin des douleurs lancinantes s'y font sentir et s'irradient vers l'oreille, la branche de l'os maxillaire et la langue. Perte presque complète de sensibilité au menton et à la lèvre inférieure; conservation de cette faculté dans les autres points de la face; abolition en partie de l'ouïe de ce côté, la sensibilité de la narine et de l'œil est conservée; le goût, l'odorat et la vue n'ont subi aucune altération. Absence de dents sur les bords alvéolaires des mâchoires. La commissure des lèvres se trouve tirée assez fortement à gauche, mais sur le même plan que la commissure droite. Tous les mouvemens de la face et du front s'exécutent aussi facilement que dans l'état normal.

Côté droit. La commissure des lèvres est légèrement rapprochée de la ligne médiane. Du reste, sous le rapport de la sensibilité et de la motilité, rien d'anormal.

Absence de céphalalgie et de tout autre phénomène morbide du côté de l'encéphale.

Langue naturelle; appétit presque entièrement perdu; soif considérable; légère amertume de la bouche; quelques nausées; douleur légère à l'épigastre et dans tout le reste de l'abdomen; deux à trois selles liquides par jour. Bord convexe du foie inégal, mamelonné et indolore à la pression; douleur fixe et continue dans la région des reins; urines peu abondantes, rougeâtres, couleur de lavure de chair, et fortement albumineuses quand on les traite par l'acide nitrique. Leucorrhée assez abondante. Premier bruit du cœur un peu fort et sec, silence assez court; impulsions du cœur fortes, sensibles pour la malade. Le pouls, assez fort et régulier, donne 60 pulsations par minute. Chaleur de la peau naturelle. Un peu de râle sous-crépitant à la base des poumons, surtout en arrière, accompagné d'une légère matité et d'une faible diminution de la respiration dans ces parties. Douleur sans tuméfaction de l'épaule et du coude du côté gauche, augmentée par la pression. Œdème des membres inférieurs. Ascite assez considérable.

Eau de Sedlitz, une bouteille; décoction de raifort sauvage, un pot tous les jours. Sous l'influence de ce traitement, l'ascite, l'anasarque et l'œdème du visage diminuent en peu de jours; les urines deviennent plus claires, plus abondantes, et un peu moins albumineuses.

Le 29 octobre, tout à coup, sans cause connue, augmentation de l'infiltration séreuse, qui marche avec une célérité surprenante. La tumeur de la région temporo-parotidienne devient le siége de douleurs atroces, qui s'irradient sur tout le côté gauche de la face; elles sont lancinantes à la langue, sur les gencives dégarnies de dents, et tellement violentes, qu'elles ne laissent aucun instant de repos à la malade, la nuit aussi bien que le jour. En outre, de cruelles souffrances affectent toute la moitié gauche de la tête, et surtout l'occiput. Même état de la paralysie. Application d'un emplâtre laudanisé sur la tumeur, qui a acquis un volume considérable.

Les jours suivans, diminution des douleurs. Le 10 octobre 1834, à ces symptômes se joignit une paralysie complète du sentiment et du mouvement dans tout le côté gauche de la face.

Hémiplégie faciale du côté gauche (paralysie du sentiment et du mouvement.

Côté gauche. Défaut de symétrie de la face, dont les traits sont tirés vers le côté droit. Abaissement et immobilité du sourcil; constriction des paupières très-faibles; léger renversement en dehors de la paupière inférieure lorsque l'œil est ouvert; conservation du mouvement d'élévation de la supérieure; mouvemens de l'œil faciles, excepté celui d'abduction, qui est bien incomplet; aussi cet organe est-il presque complétement dirigé en dedans; quand la malade veut regarder de côté, alors strabisme. Les paupières sont souvent unies, principalement le matin, par un mucus épais et jaunâtre qui s'est concrété; quelquefois, dans la journée, une certaine quantité de larmes tombent sur la joue. Immobilité de la narine, même dans les grands mouvemens respiratoires : elle est aussi devenue plus étroite. Aplatissement de la joue, qui s'enfle un peu au moment de l'expiration; accumulation des alimens une fois broyés entre l'arcade dentaire et la joue. La commissure des lèvres se trouve déprimée, plus basse et plus rapprochée de la ligne médiane que celle du côté droit; elle reste fermée complétement pendant l'état de repos, mais elle devient un peu béante lorsqu'il s'agit de siffler ou de souffler; alors il se produit une espèce de bruit *schlouf.* Cette difformité augmente encore par l'action de rire, d'éternuer, de parler, etc.; phénomènes qui ne peuvent plus s'accomplir que du côté droit de la face. Enfin, quand la malade a parlé quelque temps, la salive s'échappe malgré elle de sa bouche. La déviation apparente de la langue provient de la fausse direction de la commissure gauche; abolition du mouvement de mastication de ce côté-là.

La membrane muqueuse de l'œil, de la narine, de la langue, de la bouche (toujours à gauche), est insensible à toute espèce d'excitans. Insensibilité parfaite de la peau du front, du sourcil, des paupières, du nez, de la joue, des lèvres et du menton; abolition complète de l'ouïe.

Les douleurs de la tête et de la tumeur située vers la région temporo-parotidienne, ont conservé toute leur acuité (1).

Côté droit. Motilité et sensibilité conservées intactes.

Le tronc et les membres sont exempts de paralysie. On applique à plusieurs reprises un emplâtre laudanisé sur le côté de la face douloureux, et on prescrit l'opium à l'intérieur. On continue l'eau de Sedlitz et le raifort sauvage qu'on supprime de temps en temps, lorsque quelques symptômes d'irritation des voies digestives surviennent. Sous l'influence de ce traitement les douleurs se calment un peu; tandis que l'hydropisie continue de faire des progrès rapides jusqu'au 2 janvier 1835. Ce jour-là, les urines un peu plus transparentes et moins nauséabondes, traitées par l'acide nitrique, ne donnent point, à notre grand étonnement, de précipité albumineux. A la surface du liquide on aperçoit quelques points brillans, et au fond du vase une légère teinte blanchâtre, qui n'est autre chose que du mucus.

Les jours suivans, arrivée de vomissemens continuels; la cornée devient opaque, et la vision diminue à gauche; des selles muqueuses et copieuses surviennent; les urines deviennent très-abondantes : alors l'hydropisie éprouve une grande diminution.

A partir du 15 janvier, l'hydropisie fait de nouveaux et rapides progrès; de vomissemens très-abondans et fréquemment répétés reviennent; un dévoiement continu reparaît; la respiration s'embarrasse de plus en plus, etc., et enfin la femme Ollivier succombe le 18, au milieu des plus vives angoisses. La paralysie était restée la même : seille, opium, éther, tout fut mis en usage sans résultats avantageux.

Autopsie pratiquée le 20 *janvier* 1835, 35 *heures après la mort.*

Nous ne mentionnerons ici en abrégé que les lésions qui ont rapport à la paralysie de la face. Nous renvoyons, pour les autres détails anatomiques de cette observation, au mémoire de M. Tanquerel des Planches. La portion dure de la septième paire gauche des nerfs encéphaliques se trouve entourée en grande partie, à son origine, par la substance cérébelleuse ramollie; elle ne participe cependant en aucune manière à ce ramollissement; à droite, la substance cérébelleuse, qui avoisine l'origine de la septième paire, conserve son état normal. L'origine des nerfs des cinquième et sixième paires, et de tous les autres nerfs cérébraux, n'offre absolument rien digne de remarque.

Dans la fosse latérale moyenne gauche du crâne, on observe un commencement de fungus de la dure-mère sur le trajet de la cinquième paire. Cependant, cette dégénération des méninges n'a pas un rapport immédiat avec le tissu nerveux. Quelques lignes au-dessus de son entrée dans le sinus caverneux, la cinquième paire, notablement hypertrophiée, a son tissu rouge et ramolli. Cette altération, surtout remarquable dans le renflement plexiforme, se perd insensiblement à la division du nerf. Aussi les nerfs ophthalmiques, maxillaires supérieur et inférieurs, vers leur origine, paraissent à l'état normal.

La veine ophthalmique est tellement hypertrophiée, qu'elle égale le volume d'une plume d'oie. Un tissu rouge et tomenteux qui l'entoure, l'unit très-fortement avec les nerfs moteurs externe et ophthalmique, qui sont plus grêles après leur sortie de l'espèce d'enlacement dans lequel ils ont été comprimés.

A son entrée dans le trou grand rond, le nerf maxillaire supérieur n'est point lésé; il se trouve seulement comprimé, et par suite atrophié dans son trajet à travers la fosse zygomatique, par une tumeur dont nous allons parler.

Quant au nerf maxillaire inférieur, son origine et son trajet jusque dans la fosse zygomatique, ne présentent rien qui mérite d'être noté. Mais arrivé à cet endroit, la branche, connue sous le nom *de nerf dentaire infé-*

(1) Cette tumeur avait augmenté au moins de moitié en volume, depuis l'arrivée de la malade à l'hôpital.

rieur, se rend à une tumeur cellulo-fibreuse du volume d'une grosse noix, d'où elle sort grosse, rouge et ramollie jusqu'à son entrée dans le conduit dentaire inférieur, où elle reprend insensiblement ses propriétés naturelles. Cette tumeur adhère à la face interne de la branche de l'os maxillaire inférieur, près le condyle, au moyen de filamens celluleux, à l'extrémité externe du muscle grand ptérygoïdien avec lequel elle se confond en partie et dont les fibres sont pâles et amincies. Elle repousse considérablement en dehors le condyle de la mâchoire inférieure, et par conséquent distend et comprime fortement toutes les parties environnantes, la glande parotide et le nerf facial contenus dans son tissu; le nerf ayant, du reste, conservé ses propriétés physiques. La tumeur de la région parotidienne était constituée par le condyle, ainsi repoussé à travers les parties molles qui le recouvraient. Quant au tissu de la tumeur, il est dur, criant sous le scalpel; incisé, il présente un aspect jaunâtre, comme huileux, et l'examen le plus attentif ne peut y démontrer la continuité du nerf maxillaire inférieur, qui paraissait tout d'abord traverser son épaisseur.

Le nerf facial à son entrée dans le rocher, et à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, ne présente aucune altération.

Toutes ces lésions du côté gauche sont comparées à l'état des mêmes parties du côté droit, qui sont trouvées parfaitement saines.

Les reins présentent les altérations qu'on rencontre chez les individus affectés de *l'affection granuleuse des reins*.

N° 56. — 10 Mai.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Trente-deuxième leçon, 23 avril.)

Un fait important résulte de l'exposition des phénomènes que je vous ai démontrés dans la dernière séance.

Longtemps j'ai hésité avant de proclamer cette vérité de l'absorption qui a lieu par les veines, non pas que je nie l'absorption par les lymphatiques.

L'imbibition des corps varie, comme je l'ai déjà dit, suivant la nature des corps; elle varie depuis le phénomène de la pénétration rapide et facile d'un liquide dans un corps sec et très-poreux, jusqu'au simple mouillage du verre, corps dense dont les molécules sont très-rapprochées, qui est aussi un phénomène d'imbibition; la facilité avec laquelle les liquides s'imbibent dans les tissus varie aussi beaucoup suivant la nature des liquides.

Ce serait un beau sujet de thèse, et très important pour la science, que d'examiner comparativement la facilité avec laquelle les différens liquides mis en contact avec nos tissus peuvent être absorbés.

M. Magendie, pour démontrer la différence de l'imbibition d'un même tissu suivant les diverses liqueurs dans lesquelles il est plongé, met les deux extrémités d'une bande de papier non collé dans deux verres de même hauteur contenant la même quantité de liquide; le papier baigne également des deux côtés. Dans un verre est de l'alcool coloré, dans l'autre est le prussiate de potasse. Le professeur démontre la rapidité plus grande avec laquelle le papier plongé dans l'alcool se trouve imbibé.

Il dispose dans deux autres verres une bandelette de linge de la même manière, verse d'un côté de l'eau à 60 degrés, et de l'autre de l'eau à la température atmosphérique, qui est de 12 degrés. L'imbibition du côté trempé dans l'eau chaude est plus prompte, et remonte beaucoup plus haut que du côté où se trouve l'eau fraîche. Ces expériences, peu importantes dans un cours de physique, ont un grand intérêt pour le médecin. Elles lui prouvent la facilité plus grande de l'absorption pour les boissons chaudes; et chacun sait que, suivant les maladies, la température des boissons n'est pas une chose indifférente.

La dissection d'une pate de lapin qui avait été plongée dans de l'encre par sa surface saignante, prouve que le tissu cellulaire est la partie de nos tissus dans laquelle l'imbibition s'opère le plus vite.

En effet, l'encre remonte beaucoup plus loin dans ce tissu que dans les autres. Après le tissu cellulaire, les membranes séreuses offrent ce phénomène d'une manière très-marquée.

De l'eau colorée ayant été déposée en assez grande quantité sur un morceau de plèvre, celui-ci fut placé sur un verre dans lequel on voyait tomber l'eau qui filtrait à travers la plèvre et passait dépouillée de sa matière colorante.

Une petite quantité d'alcool de noix vomique est injectée dans le tissu cellulaire d'un lapin pour démontrer le temps nécessaire au développement des phénomènes de l'absorption.

La même quantité est injectée dans la cavité abdominale d'un autre lapin : cette dernière cavité est choisie de préférence à celle des plèvres, parce que l'absorption s'y fait moins rapidement.

Les effets du poison n'ayant lieu qu'avec une extrême lenteur, M. Magendie injecte de nouveau une faible quantité de teinture alcoolique de noix vomique dans la plèvre du premier lapin, et après moins d'une minute, le lapin éprouve les convulsions tétaniques les plus prononcées. Cette différence entre le tissu cellulaire et la plèvre vient de la proportion des vaisseaux sanguins veineux qui est beaucoup plus considérable dans la plèvre que dans le tissu cellulaire. Les divers points de ce tissu présentent aussi des différences marquées pour la rapidité de l'absorption: ainsi celui de l'abdomen offre plus de vaisseaux sanguins que celui du dos dont la texture est plus fibreuse. Une seconde injection est faite dans l'abdomen du lapin sur lequel on en avait déjà pratiqué une, et après trois minutes l'animal succombe. L'absorption ici est plus lente, parce que le nombre des radicules veineuses est moins considérable pour le péritoine que pour la plèvre, et que le premier est en-

touré d'une plus grande proportion de tissu cellulaire graisseux.

La promptitude avec laquelle a lieu l'imbibition dans les plèvres n'est pas moins remarquable dans les membranes muqueuses des voies aériennes et digestives.

M. Magendie ayant ouvert la trachée sur un jeune chien, injecte une certaine quantité d'eau dans les poumons pour prouver que cette eau est absorbée vite et sans déterminer un trouble bien manifeste.

A ce propos, il cite la méprise de Desault qui, dans les premiers temps qu'il mit sa sonde œsophagienne en usage, injecta plusieurs fois du bouillon dans les bronches sans qu'il en résultât aucun accident.

Après l'injection de l'eau, il en fait par la même ouverture une autre d'un gros environ de teinture de noix vomique, et un quart de minute s'est à peine écoulé que le chien est pris de convulsions auxquelles il succombe.

Cette rapidité du transport de la substance vénéneuse sur les parties centrales du système nerveux s'explique facilement par le rapprochement de ces parties du lieu où l'injection a été pratiquée, et par la nature éminemment vasculaire du poumon.

On conçoit, dit le professeur, toute l'importance de la connaissance de ces faits pour les applications qu'on peut en faire dans le cas d'empoisonnement chez l'homme.

Le docteur Fodéra, ancien élève de M. Magendie, a fait un travail intéressant sur la rapidité avec laquelle l'absorption porte vers les centres nerveux les différentes substances vénéneuses suivant les parties avec lesquelles elles ont d'abord été mises en contact.

Dans la prochaine séance, ces recherches seront poursuivies dans les différens points de l'appareil digestif.

N° 57. — 12 MAI.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. LISFRANC.

Quelques considérations sur la fracture du col du fémur.

Je ne traiterai pas ce sujet dans toute son étendue; ce que je laisserai à dire, vous le trouverez dans les auteurs. Je ne veux insister que sur quelques points de l'histoire et du traitement de cette importante maladie.

Un fait qui a été bien indiqué par Desault, et sur lequel vous trouverez d'intéressans travaux dans les mémoires de l'académie de chirurgie, est l'absence de déplacement dans certains cas de fracture du col du fémur. Ce fait remarquable est démontré de la manière la plus positive dans le mémoire de Sabatier. C'est dans ces cas là que le diagnostic est d'une extrême difficulté; c'est alors que des méprises peuvent être commises, et sont d'autant plus aisées que quelquefois les malades ont pu marcher immédiatement après l'accident, et se rendre à une distance même assez considérable du lieu dans lequel la fracture a été produite. C'est alors que des chirurgiens sans expérience ne craignent pas, au risque de commettre une erreur qui peut être funeste, de se prononcer immédiatement pour l'existence ou la non existence de la fracture; mais les chirurgiens expérimentés, au contraire, suspendent leur jugement toutes les fois qu'un individu, qui a été soumis aux conditions dans lesquelles se produit ordinairement la fracture, ne présente pas cependant les signes qui la caractérisent. Ils attendent, pour asseoir leur diagnostic, que quelques jours se soient écoulés, parce qu'au bout d'un certain temps, le déplacement des fragmens ayant eu lieu, les signes pourront en être reconnus.

Jetons un coup-d'œil rapide sur le diagnostic de cette maladie. Le premier signe à rechercher est un changement survenu dans la longueur du membre :

1° N'oubliez pas de demander au malade si, avant l'accident, le membre affecté était aussi long que le membre sain. On oublie souvent d'y prendre garde, et cependant c'est fort important.

2° Il faut s'assurer s'il n'existe pas quelque déformation du bassin ou de la colonne vertébrale, qui puisse incliner ou relever le bassin d'un côté ou de l'autre, et par conséquent produire une inégalité dans la longueur des deux membres abdominaux.

3° Un fait nouveau vient d'être indiqué par M. J. Guérin, dans un mémoire présenté à l'académie des sciences. Voici en quoi il consiste : dans la luxation en haut et en dehors, il y a toujours une élévation du bassin du côté luxé. M. Guérin l'attribue à ce qu'en remontant, l'extrémité supérieure du fémur entraîne avec elle les tendons des psoas et iliaque, qui se réfléchissent sur le bord antérieur de l'os iliaque comme sur une poulie, et soulèvent le bassin.

Pour s'assurer d'une manière très-exacte si le raccourcissement existe et jusqu'où il est porté, il ne suffit pas, comme on le pratique, de faire coucher le malade en supination sur un plan horizontal, de mettre les épines iliaques sur le même niveau, et de faire étendre les membres l'un contre l'autre; il vaut mieux, ainsi que je le pratique depuis vingt ans, se servir d'un lien pour mesurer des deux côtés la distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de la malléole interne. Le raccourcissement est un signe de la fracture du col du fémur, mais il ne suffit pas pour la caractériser; car il se retrouve dans deux espèces de luxation du fémur, dans celles qui se font en haut, soit en avant sur la branche du pubis, soit en arrière dans la fosse iliaque.

On a donné comme signes caractéristiques de la fracture, la facilité des mouvemens de rotation et celle avec laquelle on rend au membre sa longueur naturelle. Sans doute cela est vrai dans l'immense majorité des cas, mais il faut savoir qu'il y a aussi quelques cas d'exception. Vous trouverez sur ce point, dans la Gazette médicale, une observation fort remarquable que nous y avons fait insérer et dont voici le résumé :

Un malade entré dans notre service présente un raccourcissement de trois ou quatre pouces du membre inférieur; le pied est tourné en dedans, et aucune tentative

ne peut le faire tourner en dehors ; une tumeur très-saillante existe dans l'aîne et présente quelques mouvemens très-bornés, lorsque l'on porte très-loin les efforts que l'on fait pour tourner le pied en dehors. L'accident datait de huit jours. Les circonstances commémoratives et les signes que nous observons, nous font diagnostiquer une luxation en haut et en avant, et notre jugement est confirmé par celui de plusieurs chirurgiens qui voient le malade avant les premières tentatives de réduction.

Le malade est apporté à l'amphithéâtre, six aides pratiquent l'extension : la réduction ne peut être obtenue. Je mets dix aides; les lacs sont déchirés ; on les change; on tire de nouveau ; je sens alors céder ce que nous pensions être la tête du fémur ; mais en même temps un craquement effrayant se fait entendre; aussitôt d'arrêter tous les efforts et de me demander ce qui est arrivé. Il nous vient dans l'esprit que les efforts violens d'extension auront fracturé le col du fémur; mais, revenu de ma première surprise, je touche attentivement le pli de l'aîne, et je n'y trouve plus la tumeur que nous avions cru formée par la tête du fémur. Le membre étant abandonné à lui-même, tout le monde reconnaît les signes très évidens d'une fracture ordinaire du col du fémur; aucune tumeur anormale n'existe dans le voisinage de l'articulation. Le malade est emporté, mis dans un appareil de fracture et guérit en 60 jours.

Or, je suis convaincu que dans ce cas il existait une fracture du col immédiatement au-dessous de la tête du fémur, qu'à la suite de quelques mouvemens le fémur s'était luxé en haut et en avant, sa tête étant restée dans la cavité cotyloïde ; car on conçoit aussi bien la possibilité de la luxation de cette manière que de l'autre, puisque les muscles ne s'attachent pas à la tête, mais bien à la base du col et au corps de l'os. Ce fait est, je crois, unique dans la science, mais il n'en est pas moins important, puisqu'il constate :

1° Qu'une fracture du col du fémur peut avoir lieu en même temps qu'une luxation en haut en en avant.

2° Que la réduction est aussi difficile dans ce cas-là que dans les cas ordinaires.

3° Enfin que la guérison peut aussi se faire d'une manière complète. Dans la fracture, le pied est ordinairement tourné en dehors; mais Desault a bien remarqué que cela n'est pas constant, et que la pointe du pied est quelquefois portée en dedans. Il n'est pas besoin d'inventer, comme on l'a fait, mille explications de ce fait; car rien n'est plus facile à concevoir. En effet, le membre peut avoir été posé sur le lit de manière à ce que le pied ait été tourné en dedans, et une fois le pied tombé dans cette position, son poids doit faire équilibre à l'action des muscles rotateurs en dehors. Il en est de même de l'adduction constante du pied et du genou dans les luxations en haut et en dehors, qu'on a cherché à expliquer de tant de manières. En effet, ne sait-on pas que cette luxation se fait ordinairement dans une chute sur le genou ou sur le pied portés en dedans, tandis que l'extrémité supérieure du levier que représente le fémur, se porte en dehors pour sortir de la cavité cotyloïde, et ensuite se loger en haut et en arrière? Or, le membre reste, après la luxation produite, dans la même position qu'au moment où elle s'est opérée, parce que, pour que le genou et le pied fussent ramenés en dehors, il faudrait que le col du fémur, dont la tête a son point d'appui sur l'os iliaque, exécutât un mouvement d'arc de cercle très-étendu, auquel s'opposent les muscles du grand trochanter.

En étudiant avec soin la conformation du membre dans le cas de fracture, on voit que la fesse est plus épaisse à cause du relâchement des fessiers, que les muscles adducteurs sont aussi relâchés; que le grand trochanter est plus rapproché de l'épine antéro-supérieure, parce qu'il s'est élevé et en même temps porté en avant. Pendant qu'un aide imprime au pied des mouvemens de rotation en dedans et en dehors, le chirurgien place les doigts à plat sur le grand trochanter qu'il sent exécuter des mouvemens moins étendus d'arc de cercle que dans l'état normal, ou pour mieux dire, que du côté sain.

J'ai, au sujet de ce symptôme, à vous soumettre le résultat de mes recherches ; c'est qu'il existe beaucoup de variétés individuelles dans la profondeur de la cavité cotyloïde, et dans la longueur du col du fémur; chez les uns la cavité cotyloïde, considérée indépendamment de son bourrelet fibreux recouvre à peine la moitié de la tête du fémur; chez les autres elle en recouvre les trois quarts; chez d'autres enfin elle l'embrasse en totalité, à tel point que le col du fémur semble être logé en partie dans le bourrelet cotyloïdien. Cette dernière disposition favorise sans doute la production de la fracture, tandis que la première rend les luxations plus faciles.

La longueur du col varie, et ses variétés ne sont nullement en rapport avec la taille des individus. Or, on comprend que, lorsqu'il est court, les arcs de cercle qu'il décrit dans les mouvemens de rotation doivent être peu étendus; et pour s'assurer si cela tient à la brièveté du col ou à sa fracture, il faut toujours comparer les arcs de cercle que décrit le grand trochanter du membre malade avec ceux de cette éminence sur le membre sain. Il y a aussi beaucoup de variété dans l'ouverture de l'angle qui joint le col au corps du fémur, et l'on comprend que plus il se rapproche de l'angle droit, plus la fracture est facile; plus au contraire il s'en éloigne et devient obtus, plus il y a disposition aux luxations. J'ai déjà consigné tous ces faits dans mon mémoire sur la désarticulation du fémur.

Chez les sujets qui ont peu d'embonpoint, on peut reconnaître la fracture d'après un signe qui n'a été, je crois, indiqué nulle part, sur lequel j'ai fait exercer très-souvent mes élèves dans mes cours de médecine opératoire, après avoir produit sur le cadavre une fracture du col du fémur en l'attaquant par la partie postérieure. Voici en quoi il consiste :

Le malade étant couché en supination, on ne peut pas voir alors de quel côté on a produit la fracture ; on fait imprimer au membre sain et au membre malade tous les mouvemens qu'ils exécutent à l'état normal, et

l'on sent avec la main appliquée sur le point qui répond à la tête du fémur que dans le membre sain celle-ci participe aux mouvemens, tandis que dans le membre fracturé elle reste immobile ou presque immobile. J'ai vu mes élèves reconnaître la fracture par ce seul signe qui peut, par conséquent, être très-utile dans certains cas.

Vient enfin la crépitation. Mais à cause de la profondeur des os, de l'épaisseur des parties molles, cette crépitation est souvent sourde, obscure, difficile à apprécier soit par l'oreille, soit par le toucher. Or, c'est dans ces cas-là que l'on peut tirer un parti avantageux du stéthoscope, comme nous l'avons démontré dans notre mémoire publié en 1823. Cet instrument est inutile dans les cas dont le diagnostic est aisé, mais ce n'est pas une raison pour le rejeter quand le diagnostic est difficile; et nous vous avons démontré tout récemment sur une femme affectée de fracture du col du fémur, que le stéthoscope fait très-bien apprécier la crépitation.

Terminons cette leçon par quelques considérations sur la thérapeutique de cette maladie.

Une première question se présente : Doit-on tenter de guérir les fractures du col du fémur chez les sujets très-âgés? Quelques auteurs répondent par la négative, mais nous ne sommes pas de leur avis. Nous avons, en effet, guéri d'une manière très-satisfaisante des individus âgés de 70 à 78 ans, et entre autres une domestique de M. Brongniart, du Jardin des Plantes, âgée de 82 ans, et que M. Serres voyait avec nous.

Ces faits et bien d'autres que nous pourrions citer, autorisent donc les chirurgiens à tenter la guérison malgré un âge avancé, toutes les fois que les vieillards sont dans un état de santé assez satisfaisant.

Quant à l'appareil qu'il convient d'employer, les chirurgiens paraissent maintenant se partager pour les trois méthodes suivantes :

1° Celle de l'extension continue ;

2° Celle de la demi-flexion du membre sur un double plan incliné ;

3° Une méthode composée qui a pour but de pratiquer l'extension du membre en même temps qu'il est dans la position à demi-fléchie.

Je rejette d'une manière absolue l'extension continue chez le vieillard, parce que chez lui la pression de l'appareil produit trop facilement des escarres gangréneuses. Nous avons vu la simple pression des draps pliés en cravatte, mis en travers sur le membre pour l'assujétir dans la position à demi-fléchie, déterminer des rougeurs et même des escarres chez des vieillards assez bien constitués; jugez par-là de ce qui serait arrivé si on avait employé l'extension continue, puisque de tels accidens ont eu lieu par cela seul qu'on n'avait pas eu soin tous les jours de changer le drap de place pour ne pas le laisser toujours porter sur le même point. Quoique j'aie vu cette méthode produire les mêmes accidens chez les adultes, comme cela est beaucoup plus rare, je ne la rejette pas d'une manière aussi absolue que chez les vieillards. Je crois que l'on doit préférer la seconde méthode. Des deux plans inclinés qui ont leur sommet réuni sous le jarret, le supérieur s'étend jusqu'à la tubérosité sciatique et l'inférieur jusqu'à trois ou quatre pouces au delà du talon; ces deux plans font avec l'horizon un angle de 40 à 50 degrés. Le malade étant couché en supination, quand on veut réduire on fait assujétir le bassin par un ou deux aides qui appliquent leurs pouces sur les crêtes iliaques et leurs autres doigts sur les parties molles des fosses iliaques. Le chirurgien placé au côté externe du membre, le soulève un peu d'une main, et glisse l'autre avant-bras par-dessous le jarret jusqu'à ce que celui-ci soit appuyé sur la face antérieure de l'articulation du coude du chirurgien; celui-ci soulève ainsi le genou du malade, tandis que son autre main appuie sur le coude-pied et agissant ainsi en sens contraire produise l'extension du membre. La réduction étant obtenue, on pose le membre sur le double plan incliné fait avec de bons oreillers, et on l'y assujétit par trois draps pliés en cravatte qui passent en travers, l'un sur la partie supérieure de la cuisse, un autre sur le genou, un autre sur le coude-pied, et qui vont s'attacher aux traverses du lit : il est utile d'entourer préalablement le pied et la jambe d'un bandage roulé.

M. Miquel a décrit dans sa thèse, un appareil qui réunit les avantages des deux méthodes précédentes. Ce sont deux attelles l'une interne, l'autre externe, conformées et prenant leur point d'appui en haut et en bas comme celle de l'appareil de Desault modifié par Baumers; mais il y a cette différence que ces attelles sont brisées et articulées au niveau du genou, que des traverses passent de l'une à l'autre; que l'appareil forme le double plan incliné et que le membre qui y est placé est dans la demi-flexion en même temps qu'il est soumis à l'extension continue, infiniment moins forte que celle de Desault et dépourvue des inconvéniens qui y sont attachés.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. Roux.

Accouchement laborieux; application du forceps laissé en place pendant plus de deux heures; perforation du crâne; extraction de l'enfant par lambeaux; mort de la mère.

Nous possédions depuis quelques jours tous les détails de cette affligeante observation; mais nous avons en peu de temps publié tant de fautes, que nous hésitions cette fois, tant nous paraissait inconcevable la conduite du chirurgien, tant nous redoutions que l'on ne prît pour un désir d'hostilité contre un homme de l'école cette publication nouvelle d'un insuccès aussi tristement mérité. Notre devoir est bien pénible; c'est avec une véritable douleur que nous voyons l'école justifier, par des fautes impardonnables et qui se répètent tous les jours, les reproches amers qu'on lui adresse, et s'étudier pour

ainsi dire elle-même à faire ressortir pour tous les yeux la nécessité d'une réforme prompte et radicale.

Voici ce fait déplorable, tel que M. Boinet, interne, le raconte.

Le 29 avril 1836, à trois heures de l'après-midi, a été apportée à l'Hôtel-Dieu, la femme Leblanc (Anne), de Paris, âgée de 28 ans, journalière, mariée le 14 mars 1834. Cette femme, d'une constitution éminemment rachitique, de petite stature (3 pieds 11 pouces), était dans les douleurs de l'enfantement depuis la veille, sept heures du soir.

Déjà elle a eu une première grossesse qui est venue à terme, a été accouchée par le forceps d'un enfant mort, après un travail de vingt heures. Elle s'était promptement rétablie de cette première couche. L'enfant est venu par les pieds.

Elle est enceinte pour la deuxième fois, et à terme; sa grossesse a été très-heureuse. Depuis quelques jours, elle ressent des douleurs dans la région des reins, mais elles sont supportables; ce n'est que le 28, à sept heures du soir, qu'elles deviennent plus fortes, et qu'elle fait appeler une sage-femme, qui nous donne les détails suivans :

La sage-femme, après avoir attendu en vain pendant la nuit les efforts de la nature, fit appeler plusieurs médecins ; ils vinrent au nombre de trois, et le forceps fut appliqué sans résultat. Après des tentatives inutiles, la femme fut apportée à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant :

Les douleurs pour accoucher continuent et sont très-fortes, la poche des eaux a été percée par les médecins; les grandes lèvres sont tuméfiées, œdémateuses et douloureuses au toucher. En voulant m'assurer de la position de l'enfant et du point où en est le travail, je constate d'abord beaucoup de chaleur dans le vagin et beaucoup de sensibilité ; le col de la matrice est déchiré, mou et assez épais : on sent des lambeaux à son orifice; entre ces lambeaux, je reconnais la tête de l'enfant qui est à peine engagée dans le petit bassin, et se présente sous la forme d'un ovoïde aplati d'avant en arrière; au-dessous de la tête, et un peu derrière, je trouve l'angle sacro vertébral qui forme une saillie considérable, et s'oppose à la descente de la tête dans le petit bassin; la tête est dans la quatrième position. Pour mieux constater l'état des parties, j'introduis la main toute entière, et il me semble que l'espace compris entre le pubis et l'angle sacro-vertébral, peut avoir environ 2 pouces 1/4 à 2 pouces 1/3 d'étendue, ce que la simple introduction du doigt m'a fait déjà soupçonner ; le ventre est volumineux, et la matrice présente une obliquité de gauche à droite, et de haut en bas. Les manœuvres les plus délicates excitent les cris de la patiente.

Jugeant le cas difficile, je préviens M. Caillard, médecin sédentaire, et envoie chercher M. Roux sur-le-champ; il arrive presque aussitôt. Pendant ce temps, la femme est placée dans un bain.

Instruit de toutes les particularités que je viens d'énumérer, M. Roux examine à son tour, et doute un instant de la présentation de la tête, ce qui, du reste, n'est pas facile à constater, à cause de l'allongement et de l'aplatissement qu'elle présente en s'introduisant dans le petit bassin.

Les choses étant dans cet état, M. Roux applique lui-même le forceps (après m'avoir proposé de le faire); cette application est longue, difficile, pénible pour le chirurgien et pour la femme qui pousse des cris atroces, et dit qu'on la tue : elle demande à mourir.

La branche mâle est introduite avec difficulté, la branche femelle en présente encore davantage, et n'est introduite qu'après sept à huit minutes de tentatives.

Le forceps marié, on touche pour reconnaître sa position; on sent bien entre les cuisses du forceps ce corps allongé et aplati dont j'ai parlé plus haut; à droite, on reconnaît assez bien que le forceps est bien placé; à gauche, on éprouve plus de difficulté, et pour moi la chose n'est pas claire ; je rencontre entre la tête, par endroits seulement, des replis, des lambeaux dont je ne me rends pas bien compte, et déclare que de ce côté la chose ne me paraît pas aussi claire que du côté droit. Enfin, le forceps ainsi appliqué, M. Roux fait des efforts de traction assez forts, ils sont infructueux ; il y revient à plusieurs fois, et toujours sans succès. Enfin, pressé par le temps, obligé de se rendre au concours de l'école où il est juge, et désespérant d'en venir à bout, il laisse le forceps (il était quatre heures moins dix minutes), et envoie chercher M. Danyau (son gendre), *qui, dit-il, s'entend mieux que lui à ces sortes d'opérations.* M. Danyau est introuvable, disent les uns; refuse de venir, disent les autres.

Pendant ce temps, M. Caillard et l'agent de surveillance sont avertis de ce qui se passe; ils font dire à M. Roux (il voulait qu'on transportât la femme dans les salles de M. Dubois, à la clinique), que puisqu'il a appliqué le forceps, nul autre que lui ne l'ôtera; que personne, du reste, ne veux ni ne doit s'en charger; enfin après le concours, *sur les six heures*, M. Roux, accompagné de MM. Paul Dubois, Danyau, etc., revient à l'Hôtel-Dieu. Le forceps est enlevé par M. Dubois, le crâne perforé par M. Dubois, à l'aide des ciseaux de Smellie, *et l'enfant arraché un peu par tout le monde, chacun en tire sa pare; d'abord la tête avec le céphalotribe, ce qui est très-long; ensuite le reste du tronc qu'on saisit de la même manière, en tirant sur l'instrument et sur un bras qu'avait sorti M. Dubois.*

La femme meurt le 1er mai, à quatre heures du matin 34 heures après l'accouchement.

Autopsie 30 heures après la mort, le 2 mai, par un temps froid et humide.

Taille, 3 pieds 11 pouces. Fémur mesuré du grand trochanter, 8 pouces 6 lignes. Tibia jusqu'à la malléole interne, 8 pouces 9 lignes. Les membres et le tronc sont assez bien musclés et très-gros par rapport à leur longueur, les cuisses sont contournées et arquées.

Les parties génitales, les grandes lèvres sont tuméfiées, rougeâtres, le ventre est encore volumineux, météorisé. Largeur du bassin à la hauteur de l'os des îles, 6

pouces 6 lignes 1/2, diamètre sacro-pubien, 2 pouces 7 lignes.

Id., dans la cavité, du milieu du sacrum au pubis, 2 pouces 1/2. Diamètre iliaque, 4 pouces 5 lignes. L'angle sacro-vertébral ne correspond pas directement à la symphyse pubienne, il correspond un peu à gauche sur la branche horizontale du pubis, de façon que le détroit supérieur du bassin semble plus large, et l'est aussi à droite qu'à gauche; les diamètres obliques, celui de droite à gauche, est de 4 pouces 6 lignes; celui de gauche à droite, est de 4 lignes. Détroit inférieur sacro-pubien, 3 pouces 1 ligne, bis sciatique, 4 pouces.

La matrice est oblique de droite à gauche et de haut en bas, ce qui est le contraire de sa position pendant la grossesse, elle a le volume de la tête d'un enfant à terme; ses parois sont plus dures antérieurement et sur les côtés, que postérieurement. La couleur est naturelle à sa face externe; on ne remarque qu'une trace légère, rougeâtre, sur le rectum, à l'endroit où il s'enfonce dans le petit bassin, au niveau du repli péritonéal.

Il y a un peu d'infiltration dans la paroi abdominale; les intestins contiennent des gaz en quantité, un peu de sérosité rougeâtre dans la cavité abdominale.

L'utérus, de couleur naturelle, est tout entier au-dessus du détroit supérieur; l'utérus est fendu par sa paroi antérieure; face interne phlogosée, recouverte dans un point d'un caillot sanguin de la grosseur d'une noix, situé au fond et à droite où il est adhérent; on doute si, dans les environs de ce caillot, il n'y a pas déchirure du tissu de la matrice. Les parois en avant ont plus d'un pouce d'épaisseur, sont légèrement injectés. Le col présente trois lambeaux considérables, un moyen plus large et deux latéraux; ces lambeaux sont noirâtres, ecchimosés, et séparés les uns des autres par des sillons à loger le doigt; tubercules crétacés dans le poumon droit; engouement du gauche; cœur, parois épaisses, orifices libres.

Dans ces sillons, le tissu est labouré, déchiré; décollement du col avec le vagin à la partie gauche et postérieure, et aussi à la partie droite; ce dernier est beaucoup moins considérable; l'autre pénètre jusqu'à la paroi postérieure entre l'utérus et la vessie, qui est perforée; l'autre arrive aussi à la vessie, qui présente à sa face interne plusieurs petites ulcérations ecchimosées.

N. B. M. P. Dubois, dans sa leçon clinique du 4 mai, a raconté lui-même ce fait, et en a confirmé toutes les particularités.

N° 58. — 14 MAI.

HOPITAL NECKER.

M. BRICHETEAU.

Des conférences cliniques de l'hôpital Necker pendant une partie de l'année 1835.

Nous avons souvent donné et avec beaucoup de succès l'émétique en lavage au début des embarras gastriques, des fièvres typhoïdes, des fièvres intermittentes, des catarrhes pulmonaires compliqués de symptômes bilieux, etc.; mais nous devons le dire, ce médicament, à bon droit appelé héroïque, quand il est bien administré, nous a bien moins réussi que les années précédentes dans des cas déterminés de rhumatismes aigus, de pneumonies ou pleuro pneumonies. La saignée a repris cette année ses avantages. Dans un court espace de temps, nous avons traité avec succès par des émissions sanguines copieuses et répétées, des rhumatismes aigus intenses, des pneumonies simples ou compliquées de pleurésie de toutes les nuances.

Nous mentionnons ici ce résultat, non pas parce qu'il est nouveau, mais simplement pour rappeler (ce qui n'est pas inutile) qu'il y a des années ou des saisons où la population ouvrière, admise dans les hôpitaux de la capitale, supporte mal la saignée dans les maladies inflammatoires; et qu'il faut même, dans beaucoup de cas, la remplacer par d'autres moyens.

Il y a bien longtemps, au reste, que de semblables observations ont été faites aux cliniques des universités d'Allemagne. Sydenham a dit depuis bien longtemps aussi, avec autant de vérité que de raison, que les maladies de saison et notamment les fièvres guérissaient par le secours de médicamens divers, quoique la nature de ces maladies parût être la même. Ce serait donc, on ne peut trop le répéter, une erreur grave et dangereuse de révoquer en doute l'influence de la constitution de l'atmosphère sur la nature des maladies qui règnent dans certaines saisons, cause qui d'ailleurs ne doit pas exclure une multitude d'autres plus ou moins connues.

L'émétique, soit à dose vomitive, soit en lavage, a produit également un effet décisif dans plusieurs cas de fièvres intermittentes opiniâtres qui avaient résisté au sulfate de quinine : nous avons rappelé particulièrement trois exemples de ces fièvres (l'une tierce et les deux autres quotidiennes) qu'une seule dose de tartre stibié a fait disparaître de la manière la plus complète; nous avons cru devoir rappeler à cette occasion que des praticiens consommés et judicieux recommandaient de faire précéder le traitement des fièvres intermittentes au moyen du quinquina, par un vomitif. A cette occasion, nous avons fait quelques remarques sur l'usage autrefois très-abusif, mais aujourd'hui trop négligé des préparations antimoniales qui font partie des nombreux remèdes proposés contre les fièvres intermittentes; nous nous contenterons de citer ici le fameux *bolus ad quartanam* et le remède quelquefois très-efficace de *Peysson*, dans la composition desquels entrent de fortes proportions de tartrate de potasse et d'antimoine.

Les fièvres typhoïdes que nous avons cru devoir attaquer de prime-abord par l'émétique, ont été ensuite traitées par les purgatifs, et particulièrement par l'eau de Sedlitz, d'après la méthode de notre collègue M. Delarroque. Nous donnions en général une bouteille de cette eau minérale factice par jour, sans avoir égard au nombre des selles qu'elle déterminait, non plus qu'à l'irritation qu'elle produisait sur l'estomac et les intes-

tins. La douleur du ventre, celle de l'épigastre, la chaleur et la sécheresse de la peau n'étaient pas au nombre des contre-indications; nous réitérions en général l'eau de Sœdlitz tous les jours, tant qu'il n'y avait pas d'amélioration; ensuite nous la donnions tous les deux jours. Quand l'eau de Sœdlitz ne produisait pas un effet convenable, nous la remplacions par l'huile de ricin ou le calomel. Ce traitement a eu des succès qui nous ont engagé à l'employer fréquemment, il ne nous a paru avoir aucun des inconvéniens qu'on pouvait redouter dans une affection grave de l'intestin, lors même qu'après la mort nous avons trouvé des ulcérations dans le tube digestif; les altérations étant manifestement dues à des causes anciennes générales et fort compliquées.

Nous avons eu souvent l'occasion de faire remarquer aux élèves combien cette dénomination de fièvre typhoïde était vague et insuffisante pour exprimer les variétés de fièvres continues graves qui se présentent à l'observation. Nous le demandons, est-il possible d'appliquer ce nom à la fièvre ardente ou inflammatoire, à la fièvre bilieuse, à la fièvre muqueuse, pyrexies qui certainement reprendront leurs places dans les cadres nosologiques sous une dénomination quelconque. M. Chomel ne s'est pas tant éloigné de la vérité qu'on le suppose, en faisant un genre de la fièvre typhoïde et des genres de la plupart des fièvres essentielles admises par Pinel.

Parmi les fièvres dites typhoïdes que nous avons observées, nous ferons ici une mention succincte de trois cas, dont deux sont fort remarquables par les phénomènes sympathiques produits par la lésion de la membrane muqueuse intestinale, qui d'ailleurs viennent à l'appui de ce que nous venons de dire.

L'un de ces malades présentait un délire furieux et frénétique, une perte absolue de l'intelligence dès l'invasion de la maladie; ce délire, qui d'ailleurs était loin d'exclure d'autres symptômes appartenant au typhus proprement dit, persista jusqu'à la mort; les symptômes abdominaux étaient presque nuls. Néanmoins, à l'ouverture du corps, nous trouvâmes un grand nombre de plaques ulcérées à la fin de l'intestin grêle; il n'y avait aucune lésion appréciable dans le cerveau.

Chez le second sujet, la maladie débuta par une forte épigastralgie avec une rougeur remarquable de la langue, une fièvre vive, symptômes qui annonçaient une gastrite intense, à laquelle on opposa d'abord deux applications de sangsues; mais il ne tarda pas à se manifester un délire des plus violens qui ne cessa qu'à la mort : il n'y avait eu ni diarrhée, ni pétéchies très-apparentes. A l'ouverture du corps, on trouva la membrane muqueuse de l'estomac légèrement ramollie et un peu grisâtre. Trois plaques de Peyer seulement existaient à la surface interne de la fin de l'intestin grêle; une d'elles était légèrement ulcérée. Le cerveau n'offrait aucune altération.

Le troisième malade demeura cinq semaines entières avec de la stupeur, du subdelirium, du râle typhoïde, de la céphalalgie, un pouls constamment à 100 et quelques pulsations; il répandait une odeur fade caractéristique, n'avait ni dévoiement ni pétéchies, etc. C'était, et un mot, la fièvre muqueuse décrite par les auteurs, que des saignées inconsidérées pratiquées au commencement sans nécessité prolongèrent deux mois entiers sans y comprendre une convalescence longue et languissante.

Eh bien, je le demande, est-il facile d'englober ces trois maladies sous un même nom? Non assurément. La première est la dothinentérie, de M. Bretonneau; la seconde, une affection primitive de l'estomac, redevenue aiguë peut-être, avec un cortége terrible d'accidens cérébraux; la troisième enfin, était la fièvre catarrhale muqueuse ou meningo-gastrique; certes, je n'en n'ai jamais vu de mieux caractérisée.

Je ne terminerai pas ce qui a rapport à la fièvre typhoïde sans rappeler une distinction que j'ai faite entre les variétés de cette terrible pyrexie, distinction qui peut en favoriser l'étude aux élèves. J'ai pris le contre-pied de ceux qui font de la maladie en question des nuances de l'entérite. J'ai donc admis trois formes principales sous les noms de fièvre typhoïde *folliculeuse*, celle dans laquelle la membrane muqueuse de l'intestin est profondément affectée; de fièvre typhoïde *céphalique* ou méningienne, celle dans laquelle le délire est le symptôme prédominant d'une lésion profonde de l'encéphale ou de ses dépendances; de typhoïde *diffuse*, celle qui affecte dans le principe tous les appareils à la fois : c'est la fièvre catarrhale d'autrefois, la fièvre muqueuse d'une autre époque, le *morbus totius substantiæ* de certains auteurs; sorte d'affection qui semble d'abord affecter toute l'économie, les liquides même, et qui ensuite, qu'on nous passe une expression triviale de garde-malade, se jette sur un appareil quelconque et notamment sur ceux de la respiration, de la digestion et de l'innervation. (1)

Nous avons eu un bon nombre de rhumatismes aigus qui, dans notre service comme aux cliniques de MM. Bouillaud et Chomel (*v.* les numéros 12 et 13 du Journal Hebdomadaire, 1836), ont cédé assez promptement aux saignées répétées, ou coup sur coup, comme on veut les appeler aujourd'hui. Une seule fois nous avons pu constater la coïncidence de cette maladie avec l'inflammation du cœur ou de la membrane séreuse qui lui sert d'enveloppe; cette coïncidence importante signalée par M. Bouillaud, est-elle aussi fréquente que l'a annoncé ce médecin? a-t-elle été suffisamment constatée pour qu'elle puisse déjà fournir une base solide à une *loi pathologique?*

Nous ne le pensons pas, et en cela nous nous trouvons d'accord avec M. Chomel, observateur d'autant plus compétent dans cette matière, qu'il a fait depuis longtemps des rhumatismes l'objet d'une étude spéciale; ainsi nous lisons, en effet, dans le n° 13 du Journal Hebdomadaire, ce qui suit :

(1) Les observations qui ont servi de base à ce compte-rendu, ont été recueillies par M. Bazin, élève de l'hôpital.

« M. Bouillaud a avancé dans ces derniers temps que la péricardite et l'endocardite, ou pseudo-péricardite, accompagnent le plus ordinairement le rhumatisme articulaire aigu. Cette opinion, quoique appuyée sur des faits, a été néanmoins accueillie avec quelque incrédulité. Nous avons voulu vérifier par nous-mêmes l'exactitude de la loi importante formulée par M. Bouillaud; nous avons donc percuté et ausculté avec soin (ainsi que M. Chomel) tous nos rhumatisans, et quelque attention que nous ayons apportée dans nos examens répétés, deux fois seulement nous n'avons constaté dans le cœur d'autre dérangement qu'un bruit anormal, etc.» (1)

Nous avons pris les mêmes précautions et apporté la même attention que l'auteur de ce compte-rendu, et nous n'avons pas été plus heureux. Nous pensons d'ailleurs que si la complication dont il s'agit était très-commune, les rhumatismes seraient certainement une maladie plus dangereuse qu'elle ne l'est en réalité.

Il ne faut pas perdre de vue, d'un autre côté, que les saignées copieuses peuvent donner lieu à un bruit de râpe, de soufflet ou de frottement, sans que ce symptôme soit un indice de l'inflammation du cœur ou de sa membrane séreuse (2).

Il n'en a pas été ainsi d'un certain bruissement que l'on entend sur le trajet des artères, et auquel le même auteur a donné le nom pittoresque de bruit de diable, à cause de sa ressemblance avec le ronflement que produit la mise en action du jeu connu sous ce nom. Nous l'avons constaté un grand nombre de fois sur le trajet des artères carotides externes dans des cas de chlorose, d'aménorrhée. Une ou deux fois seulement nous l'avons rencontré sur le trajet de l'iliaque externe. De quelle nature est ce bruit? quelle en est la cause? comment expliquer la coïncidence de ce phénomène avec la suspension des règles ou la chlorose?

Sans prétendre donner une solution satisfaisante de ces questions, nous croyons cependant que les courbures et les embranchemens des carotides, des iliaques, sont pour beaucoup dans la production de ce bruit, si frappant quand on applique le stéthoscope sur les parties latérales du cou des filles affectées de chlorose ou d'aménorrhée. Nous ajouterons que cet état de maladie est toujours accompagné d'une excitation du cœur, de battemens qui projettent avec plus de force le sang vers la tête.

La diminution de la quantité du sang, qui certes est bien réelle chez les chlorotiques, dont la nutrition est faible et l'hématose languissante, est une particularité qui mérite aussi d'être prise en considération. Ne semble-t-il pas, en effet, que le sang étant en moindre quantité, doit parcourir les vaisseaux avec plus de rapidité et donner lieu à plus de frottement? Des expériences faites par Hope sur des chiens viennent à l'appui de cette assertion.

(1) Clinique médicale de M. Chomel.

(2) Ce fait a été constaté par Marshall Hall. (Trans. méd. chir., t. VII.)

Huit ou dix chiens furent saignés par cet auteur plus ou moins fréquemment, depuis une fois jusqu'à dix, à des intervalles de vingt-quatre à soixante-douze heures; les résultats furent que le lendemain de la première ou de la seconde saignée, portée à huit ou dix onces, le bruit de systole du cœur, auparavant fort clair, s'accompagna d'un bruit de soufflet; l'impulsion devint vive et précipitée, le pouls fréquent et saccadé, et alors le bruit de soufflet devint très-fort, le frémissement cataire très-prononcé, etc. (1)

Notre service présente presque toujours un certain nombre de maladies organiques du cœur. La majeure partie de ces malades se composait de cordonniers qui, comme on sait, sont fort sujets à ces sortes de maladies en raison de leur profession. Les cordonniers étant en effet obligés de travailler avec effort et compression du sternum, dans une position permanente, rétrécissent ainsi singulièrement le diamètre vertical et antéro-postérieur de leur poitrine, ce qui doit beaucoup entraver les mouvemens du cœur et gêner son action. Ajoutez à cela que les cordonniers font, dans cette position contrainte, de grands efforts des bras pour tirer leur lignace, et qu'ils mettent en jeu les muscles pectoraux; qu'enfin ils travaillent presque toujours dans des lieux étroits, malsains, où l'air n'étant pas suffisamment renouvelé, n'est qu'un excitant médiocre pour l'organe central de la circulation.

C'est aussi un cordonnier qui nous a présenté un cas très-rare et très-complet d'hydro-pneumo-péricarde. Le malade était un ancien lancier polonais, âgé de cinquante-neuf ans, qui, ayant reçu quelques années auparavant un coup de timon dans la poitrine, avait toujours souffert de cette partie depuis cette époque. Il était obligé de se tenir habituellement la tête élevée sur l'oreiller, se plaignait de palpitations qui occasionnaient un bruit entendu par la femme du malade.

Lorsque la région du cœur fut auscultée, on entendit distinctement un bruit de fluctuation évidente qui correspondait à chaque contraction du cœur; la région du cœur ne présentait aucune matité, etc. A l'ouverture du corps de ce malade, qui ne tarda pas à succomber, on trouva un péricarde énormément distendu, qui contenait de la sérosité purulente et un fluide gazeux dont l'existence fut bien constatée; l'enveloppe du cœur était en outre le siége d'une inflammation chronique et presque entièrement tapissée d'une fausse membrane chagrinée.

A côté de ce fait vient se placer un autre fait non moins rare et non moins intéressant; c'est l'observation d'un pneumo-thorax, suite probable d'une gangrène du poumon. Il s'agit d'un homme d'environ quarante ans, qui, avant d'être admis dans notre hôpital, avait séjourné dans celui de la Charité. D'après le rapport d'un élève instruit de cet établissement, ce malade avait été affecté d'une gangrène du poumon, puis d'un pneumothorax constaté par un praticien habile. Cet homme,

(1) Treatise on diseases of the heart and great vessels.

confié dans la suite à nos soins, nous présenta effectivement un cas très-prononcé de pneumo-thorax. La succussion nous donna d'ailleurs la preuve que le côté droit de la poitrine contenait de la sérosité, en même temps qu'elle nous confirma la présence de l'air servant de moyen de transmission au tintement métallique. La quantité de liquide épanché s'accrut tellement, et la suffocation devint si imminente, que je crus devoir recourir à la paracenthèse du thorax, elle fut pratiquée par M. Laugier, le 21 avril 1835, à la partie postérieure du côté droit, entre la septième et la huitième côtes; il s'écoula une assez grande quantité de sérosité limpide; le malade fut d'abord très-soulagé; la respiration s'effectua librement, le sommeil revint, ainsi qu'une partie de l'embonpoint, qu'avait depuis longtemps perdu le malade. Le tintement métallique, qu'on percevait toujours très-distinctement, annonçait toutefois que l'épanchement subsistait encore; il ne tarda pas à augmenter, et le 7 août il fallut de nouveau recourir à la ponction du thorax. On retira environ douze livres de sérosité purulente et blanchâtre; même soulagement qu'à la suite de la première opération; le tintement métallique est de nouveau constaté, ainsi que la fluctuation du liquide, par le moyen de la succussion, etc.; mais ces deux symptômes ont entièrement disparu dans la suite.

N° 59. — 17 MAI.

HOPITAL DES INVALIDES DE PARIS.

Service de M. le baron LARREY.

Anthrax bénin à la région sous-maxillaire.

Un invalide âgé de cinquante-cinq ans, de constitution athlétique, habituellement bien portant, a été, sans cause appréciable, saisi d'un gonflement inflammatoire, profond et large au menton, et de fièvre. Il est entré à l'hôpital trois ou quatre jours après ce début, et sa maladie présentait alors les caractères suivans :

Tumeur sur toute le région sous-maxillaire, du volume des deux poings, s'étendant horizontalement depuis le menton jusqu'aux angles de la mâchoire, inférieurement jusqu'au niveau du bord épiglottien du larynx. La tumeur est dure comme une pierre dans sa circonférence, mollasse et œdémateuse en approchant vers le centre. Son centre est plus proéminent que le reste, paraît fluctuant au toucher, et offre une couleur rouge violette. Cette couleur devient moins foncée à mesure qu'on s'éloigne de la partie centrale. Ce qui caractérise spécialement la nature de l'anthrax, c'est la dureté œdémateuse et pourprée de toute la masse de la tumeur, accompagnée d'une petite fluctuation centrale: c'est en outre la gangrène grise des tissus sous-dermiques qu'on a constatée par l'incision; c'est enfin le caractère particulier de la suppuration, qui est fétide, épaisse et forte; du tissu cellulo-graisseux mortifié, comme l'intérieur d'une éponge. La fièvre et l'état de la langue n'indiquant pas une réaction très-violente, la maladie a été considérée comme bénigne.

M. Larrey s'est contenté de fendre verticalement la tumeur dans sa partie centrale ou fluctuante, et de la panser avec des cataplasmes arrosés de vinaigre camphré. Le malade a été tenu à la diète pendant les premiers jours; il n'a point été saigné.

A l'aide de ce traitement, les escarres cellulenses se sont détachées, la suppuration s'est bien établie, la fièvre s'est calmée et la maladie semble prendre une bonne marche.

M. Larrey n'a pas, dans ce cas, cautérisé le centre de la tumeur à l'aide de la potasse, ainsi qu'il a l'habitude de le faire, à cause de la région très-vasculaire qu'elle occupait, et de son voisinage des voies aériennes.

Cette observation nous a paru remarquable :

1° A cause de la rareté de la maladie dans les hôpitaux de Paris. Il serait peut-être difficile de dire pourquoi l'anthrax se rencontre si fréquemment dans les campagnes et dans certains pays du midi surtout, tandis que le contraire a lieu dans d'autres localités.

2° Par la région que la tumeur occupait. On conçoit en effet que le malade aurait inévitablement péri d'asphyxie si le travail morbide se fût étendu jusqu'à la glotte, ainsi que cela a été observé plusieurs fois. Mais un autre danger menaçait ici, c'était la résorption purulente et la phlébite.

3° Enfin par le traitement qu'on a mis en usage. Tout le monde sait que Dupuytren ne traitait ces sortes de phlegmons furonculaires, qu'en les fendant crucialement dans toute leur épaisseur avec le bistouri. Ce praticien se proposait par là de produire une sorte de détente salutaire à tous les tissus étranglés; il prévenait en conséquence ou bien il bornait de la sorte la mortification cellulaire.

C'est ainsi que nous avons observé, en 1829, à l'Hôtel-Dieu, une tumeur de cette espèce au dos, du volume d'un pain de deux sous, qui a été fendue en croix par Dupuytren dans toute son étendue, et amenée heureusement à guérison, ce qui ne serait peut-être pas arrivé si l'on eût attendu l'ouverture spontanée.

Tout en nous prononçant en faveur de la méthode de Dupuytren dans le traitement de la terrible maladie dont il s'agit nous ne prétendons pas déprécier la cautérisation mise en usage par le chirurgien des Invalides; c'est là une question d'expérience. Nous ne comprenons pas cependant l'avantage du vinaigre camphré dont on arrosait les cataplasmes dans le cas ci-dessus. Nous pensons même que cette substance astringente s'opposant à l'élimination facile des tissus mortifiés, doit-être sinon nuisible, du moins une cause de retard pour la guérison. Effectivement, lorsque Dupuytren voulait s'opposer à dessein à la chute d'une escarre, soit osseuse, soit des tissus mous, comme à la suite de certaines brûlures fort étendues par exemple, il obtenait parfaitement ce but en les couvrant et en les arrosant de substances astringentes. Dans l'anthrax, au contraire, il y a avantage à hâter le travail éliminatoire.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

Clinique de M. Rostan.

Pneumonie du sommet droit, accompagnée d'accidens cérébraux ; une seule saignée, puis oxyde blanc d'antimoine, vésicatoire sur le côté affecté ; guérison.

Une blanchisseuse âgée de trente-deux ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital le 8 janvier, accusant huit jours de maladie. Au début, frisson suivi de fièvre, puis toux avec douleur dans le trajet du sternum et dans l'hypochondre droit, dyspnée, céphalalgie, prostration des forces, douleur de ventre. Repos du lit et diète depuis l'invasion.

Le 9, à la visite du matin, décubitus sur le dos, face légèrement violacée, gêne considérable de la respiration, 60 inspirations par minute, toux peu fréquente, expectoration nulle, douleur de l'hypocondre droit ; en avant, la sonoréité de la poitrine est normale à droite comme à gauche, et le bruit respiratoire assez pur ; en arrière, pas d'expansion vésiculaire au sommet du côté droit ; respiration bronchique très-manifeste au niveau de la fosse sous-épineuse ; la langue est pâle et humide, la soif médiocrement intense, l'anorexie complète, le ventre endolori, les selles diarrhéiques ; le pouls donne 120 pulsations ; les règles coulent depuis plusieurs jours, et n'ont amené aucun soulagement. Six saignées de 12 onces ; gomme édulcorée ; lavement émollient ; diète.

Le 10, le sang tiré de la veine est recouvert d'une couenne mince, verdâtre ; le pouls donne 126 pulsations ; la respiration est descendue à 48 ; la toux est rare, l'expectoration manque toujours complétement ; la douleur de l'hypocondre droit a disparu ; la céphalalgie s'est dissipée, ainsi que la douleur du ventre. On se borne à l'expectation.

Le 11, la malade dit se trouver mieux ; cependant elle a déliré pendant une partie de la nuit. Il y a eu une selle involontaire. On observe quelques soubresauts dans les tendons. 124 pulsations petites, régulières, concentrées ; 60 inspirations ; langue naturelle ; retour des douleurs du ventre. Vésicatoire sur le côté droit de la poitrine ; julep gommeux avec addition d'un demi-gros d'oxyde blanc d'antimoine.

Le 12, le pouls se maintient à 124, et la respiration à 56 ; la malade a dormi pendant une partie de la nuit : elle n'a point eu de selles. On continue l'oxyde blanc d'antimoine. Le soir, le pouls descend à 108.

Le 14, face pâle, portant l'empreinte de la souffrance ; yeux chassieux ; injection des conjonctives ; dilatation des ailes du nez pendant l'inspiration qui se répète 64 fois par minute ; toux faible, rare, n'amenant aucune expectoration ; râle muqueux à droite et à gauche en avant ; souffle bronchique en arrière et à droite ; langue recouverte d'un enduit blanchâtre ; ventre souple et indolent ; selles liquides peu nombreuses ; 108 pulsations. On porte l'oxyde blanc d'antimoine à la dose d'un gros.

Le 15, 108 pulsations, 56 inspirations ; la respiration bronchique est toujours manifeste au sommet du poumon droit. Le vésicatoire appliqué précédemment étant presque sec, on en applique un nouveau sous la clavicule droite, et on porte la dose de l'oxyde blanc d'antimoine à 96 grains.

Le 16 et le 17, l'état de la malade offre peu de changement.

Le 18, l'expression de la physionomie est naturelle ; les réponses sont justes et promptes ; la langue est humide, la soif peu vive ; l'anorexie persiste ; le ventre est indolent ; les selles sont toujours diarrhéiques ; l'une d'elles a été rendue dans le lit. Le pouls est descendu à 104, la chaleur de la peau est médiocrement élevée ; quelques crachats muqueux incolores sont rendus après la toux ; la respiration se répète encore 48 fois par minute ; le respiration bronchique a été remplacée par du râle crépitant à grosses bulles. Potion avec 120 grains d'oxyde blanc d'antimoine.

Le 20, on accorde du bouillon de poulet.

Les symptômes généraux présentent jusque vers la fin de janvier, des alternatives de rémission et d'exacerbation. On prescrit des bouillons de bœuf, et on continue l'oxyde blanc d'antimoine au commencement de février. La malade entre en convalescence ; elle quitta l'hôpital entièrement guérie le 12 du même mois.

Dans ce cas, les symptômes généraux ont été beaucoup plus prononcés que les symptômes locaux. La toux n'a jamais été très-fréquente ; la douleur du thorax qui se faisait sentir au début dans le trajet du sternum et dans l'hypocondre droit, s'est dissipée après la première saignée ; l'expectoration a manqué pendant presque tout le cours de la maladie, et lorsqu'elle s'est montrée, elle n'a offert aucun des caractères qu'elle présente dans les pneumonies franches, etc. Ce n'a été qu'après une exploration minutieuse du thorax, qu'on a découvert une portion du parenchyme pulmonaire frappée de phlegmasie. L'obscurité du son, l'absence d'expansion pulmonaire, la respiration bronchique n'ont laissé aucun doute à cet égard. D'après les signes stéthoscopiques, il a été reconnu que la pneumonie avait son siége au sommet. C'est dans cette forme de pneumonie, plus que dans tout autre, qu'on rencontre des accidens nerveux. Ils ont été assez prononcés dans ce cas. La céphalalgie du début, la prostration des forces, le délire qui a été passager, il est vrai, les soubresauts des tendons, les évacuations involontaires indiquaient un état voisin de l'adynamie.

D'après cet ensemble de symptômes, on n'a pas cru devoir pousser aussi loin les émissions sanguines que chez le sujet de l'observation précédente. Une seule saignée a été pratiquée. La couenne qui recouvrait le sang offrait beaucoup d'analogie avec celle que l'on rencontre dans les fièvres typhoïdes. Au lieu d'être épaisse et incolore, comme dans les inflammations franches du poumon, elle était mince et verdâtre. Après la

saignée, on a eu recours à l'oxyde blanc d'antimoine. L'influence de ce médicament sur la circulation a été très-remarquable. Le pouls qui jusqu'alors avait donné plus de 120 pulsations, est descendu le deuxième jour à 108, et plus tard il a encore diminué de fréquence. La diarrhée qui existait au moment où l'on a commencé l'administration du remède, a persisté encore quelques jours sans s'exaspérer, et a fini par disparaître. La même amélioration s'est fait remarquer dans les symptômes locaux.

N° 60. — 19 MAI.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. ANDRAL.

Leçons sur les maladies des centres nerveux ; recueillies par M. MALHERBE.

(Suite du numéro du 30 avril.)

Delirium tremens.

Cette maladie se montre sous une physionomie particulière. Elle consiste dans un trouble de l'intelligence et du mouvement. D'un côté il y a donc délire, de l'autre tremblement. Quelquefois ce dernier phénomène n'existe pas.

Cause. Nous l'avons déjà indiquée. Cette affection peut apparaître au milieu d'une santé parfaite, ou venir peu à peu, ce qui n'est pas rare. Elle peut encore survenir comme complication d'une autre maladie; et il est probable que sans cette dernière, qui devient alors une cause occasionnelle, le délire ne se serait pas manifesté. Ceci s'observe souvent chez les ivrognes de profession.

Symptômes. — Le nom de la maladie en est une véritable description. Le délire est ordinairement intense, accompagné de loquacité, d'agitation; les malades rebattent leurs occupations habituelles; des mouvemens convulsifs peuvent se traduire. Il y a en général peu de fièvre; l'accélération du pouls est le résultat de l'agitation.

La durée est très-variable; elle peut n'être que de quelques heures ou se prolonger pendant plusieurs jours. La guérison ou la mort, tels sont les deux modes de terminaison dont le délire est susceptible. La guérison peut-être spontanée ou amenée par une médication convenable. Lorsque, malgré les efforts de la thérapeutique, la mort arrive, elle est précédée tantôt par le coma, tantôt par le dévoiement, tantôt enfin par une agitation extrême.

On a voulu constater les désordres anatomiques que laissait après elle cette maladie, et souvent on n'a rien trouvé. Dans des cas, on a remarqué une simple congestion insuffisante pour l'explication des symptômes graves qu'on avait notés. D'autres fois, les lésions anatomiques saisissables sont celles de la méningite, de l'encéphalite; mais alors, selon le professeur, ces altérations sont une conséquence et non la cause de l'affection. Ne sait-on pas, en effet, qu'une violente colère peut donner lieu à la méningite? Pourquoi le delirium tremens n'aurait-il pas le même privilége? M. Andral pense donc que l'encéphalite n'est que postérieure, et que si le malade meurt promptement, on ne doit rien trouver.

Traitement. — On a essayé diverses méthodes. D'abord on a abandonné la maladie à elle-même, et quelquefois elle a guéri; d'autres fois elle a été mortelle. On a tenté l'emploi des émissions sanguines. M. Andral croit qu'elles ne doivent être pratiquées que quand il y a inflammation, et il n'y a recours, lorsque la maladie est à l'état de névrose, que dans les cas où la face est injectée, turgescente. Souvent, malgré les saignées, ce même praticien a vu les accidens s'accroître. Il a donné l'opium à haute dose (90 à 100 gouttes de laudanum de Rousseau en douze heures), et il a vu des individus furieux, revenir, après un sommeil profond de quelques heures, à une raison complète, lorsque les saignées avaient échoué.

IIe Ordre. — *Troubles chroniques de l'intelligence.*

Aliénation mentale.

Du trouble chronique de l'intelligence, résulte l'aliénation mentale. Dans l'état ordinaire et primitif, il n'y a désordres ni du mouvement ni du sentiment; ces phénomènes se déclarent plus tard. Les fonctions nutritives peuvent être prises, mais cela n'entre pas dans l'essence de la maladie.

L'aliénation mentale peut être aiguë, et se terminer promptement. Ce n'est là qu'une exception, et elle n'en doit pas moins être regardée comme une affection chronique.

L'intelligence peut s'exercer encore, mais avec désordre, ou bien être abolie; de là deux classes :

1° Lorsque l'intelligence jouit encore de la faculté de former des actes intellectuels, elle peut être atteinte relativement à tous les objets, et alors on dit qu'il y a manie; ou bien elle n'est troublée que par rapport à un seul objet, c'est la monomanie. Il n'y a qu'une sorte de manie; la monomanie, au contraire, compte un grand nombre de variétés. C'est ainsi qu'on voit des monomanies suicides, érotiques, etc.

2° Quand il y a abolition complète de l'intelligence, les idées ne se forment plus, et il peut se présenter deux cas : ou l'aliénation est congénitale, c'est alors l'idiotisme; ou bien elle est survenue pendant la vie, et prend le nom de démence.

Causes. — Elles peuvent venir du monde extérieur ou du trouble des organes. Parmi les influences extérieures, l'état de l'atmosphère joue un grand rôle. Une température élevée favorise souvent l'aliénation mentale, si elle ne la produit pas. M. Esquirol a remarqué qu'on recevait plus de fous à Charenton en été qu'en hiver. L'été est en première ligne; puis viennent le printemps, l'hiver et l'automne. On a aussi observé que les premiers froids exaspèrent le mal des sujets déjà aliénés. Ces observations ont été faites dans différens pays :

en Italie, en Angleterre, à Paris, etc., et elles s'appliquent à l'aliénation en général ; mais la manie se manifeste ou récidive surtout dans les grandes chaleurs. La monomanie et la démence sont plus uniformément réparties entre chaque mois de l'année, et spécialement entre les trois mois d'automne. Chez certains individus, les diverses saisons donnent des formes variées à l'aliénation.

Ainsi, M. Esquirol a vu un homme qui au printemps était tourmenté par des idées érotiques, en été il avait des idées de grandeur, en automne des idées religieuses avec apathie, et en hiver il recouvrait sa raison. A Paris, la monomanie suicide est plus fréquente au printemps et en automne que dans les deux autres saisons.

Si les saisons peuvent beaucoup pour le développement de la maladie dont nous nous occupons, elles ont aussi sur elle une grande influence relativement à la guérison qui s'opère principalement en automne. Chez les aliénés, le maximum de la mortalité a lieu dans les deux derniers et les deux premiers mois de l'année. C'est une remarque applicable d'ailleurs à une infinité de maladies.

Les rayons solaires ardens ont quelquefois déterminé l'aliénation. Le pouvoir de la lune en pareilles circonstances a encore joui d'une grande célébrité ; aussi dans certains pays appelle-t-on les fous lunatiques. Il y a quelque chose de vrai dans cette manière de voir : en effet, dans la pleine lune, les maniaques subissent une exaspération. L'explication, on ne peut la donner ; mais M. Esquirol a enfermé des maniaques pendant l'époque de la lune, il les a soustraits à la lumière qu'elle renvoie et ils n'ont rien éprouvé comme augmentation. On a aussi noté que le matin la folie est plus prononcée, plus intense.

Les substances qui sont ingérées dans le tube digestif, les alcooliques, par exemple, ont quelque influence sur la production de l'aliénation. On a dit que les individus nés de parens ivrognes sont prédisposés à la maladie mentale; c'est une assertion qui demande des preuves. On a aussi mis sur le compte du mercure l'apparition de l'aliénation des facultés intellectuelles ; il faudrait alors que son emploi eût été bien prolongé, et encore ne pourrait-on pas accuser d'autres causes ?

Les divers organes peuvent se montrer agens producteurs de l'affection qui fait l'objet de notre étude. Il n'est pas de maladie cérébrale qui ne puisse laisser à sa suite la folie ; mais, dans ces cas, il faut une prédisposition, car la folie n'est pas une conséquence nécessaire de toutes les affections du cerveau, et elle n'en est pas toujours précédée. Sans que le cerveau soit altéré, il est possible qu'il fonctionne d'une manière désordonnée, et de telle sorte que la folie en soit le résultat. M. Andral regarde même cette cause comme très-puissante. On a vu un violent amour pour le travail marquer le début de l'aliénation mentale. Les abus de l'exercice de l'intelligence, de l'imagination, des passions en sont autant de causes; ajoutons la perte d'une place brillante et avantageuse. Toutefois, la prédisposition que nous avons déjà signalée se retrouve dans ces cas divers, et elle devient d'autant plus marquée que les fatigues intellectuelles, que les secousses morales se répètent davantage, qu'elles sont plus vives. Dans les grandes calamités publiques, dans les révolutions, les bouleversemens politiques, ne voit-on pas en effet les folies et plus fréquentes et plus graves ?

Certains auteurs prétendaient que depuis les premiers temps les folies allaient croissant, qu'elles étaient plus multipliées. M. Esquirol a démontré le faux de cette opinion. Le nombre n'a point augmenté comparativement, seulement les formes de la maladie ont changé. Ainsi, aujourd'hui on ne voit pas de monomanies religieuses, et M. Esquirol a dit qu'on pouvait juger des idées prédominantes du siècle par les idées des fous, par les genres d'aliénation régnante.

Les maladies des voies digestives peuvent-elles produire l'aliénation mentale ? Oui. On a vu une gastrite causer des troubles de l'intelligence, et par suite la folie. Les affections chroniques du même tube digestif ont la faculté de faire naître des espèces de folie en rapport avec le genre de la maladie : c'est un fait incontestable. Ainsi on voit sous leur influence, surgir des monomanies, des hypochondries, des craintes imaginaires. Des individus ont, par exemple, cette idée fixe qu'on veut les empoisonner ; d'autres croient avoir dans le ventre des corps étrangers, un animal même. Voilà des résultats de gastro-entérites chroniques, et disons le par anticipation, chaque organe malade occasionne des folies différentes. Un individu va se croire mort, et cela parce qu'il a perdu la sensibilité cutanée.

L'appareil circulatoire n'a plus à un si haut degré cette influence sur le développement de la folie. Cependant les grands troubles de la circulation peuvent être une cause d'aliénation mentale. Dans les pays chauds, la fièvre intermittente pernicieuse y donne lieu.

Le système respiratoire malade est-il capable de déterminer la folie ? Un médecin a dit que la pneumonie ou les tubercules avaient ce privilége. M. Andral croit qu'il a mal observé.

L'appareil génital exerce une influence toute spéciale, et plus marquée chez la femme que chez l'homme. Chez l'homme, on a noté la folie à la suite d'excès vénériens ou d'une continence trop absolue, et la guérison s'opérait par la cessation des excès soit dans l'un soit l'autre genre. Chez la femme, de jeunes filles deviennent folles lors de l'apparition de leurs règles ; mais le cas est plus ordinaire lorsque ce flux n'a pas lieu ou qu'il se fait mal. M. Andral connaît une jeune dame mal réglée qui est prise de folie à toutes ses époques. Il n'est pas rare de rencontrer des bizarreries de caractère chez les femmes qui ont actuellement leurs menstrues ; on en a vu qui étaient folles pendant leur grossesse et qui recouvraient la raison après leur accouchement. Pendant la durée des couches, on observe assez souvent une folie appelée *manie puerpérale*, qui heureusement guérit avec assez de facilité. La lactation, le sevrage, un abcès, un cancer du sein doivent encore être mis au nombre des causes de l'aliénation mentale chez les femmes. Cette affection est héréditaire.

Tous les âges ne contractent pas avec la folie une égale fréquence ; très-rare avant la puberté, elle est au contraire très-commune à l'époque de la vie comprise entre 30 et 40 ans. De 40 à 50 elle se montre encore très-souvent, cependant le chiffre est moins élevé. Les autres périodes de la vie en deçà et au delà des époques citées, en présentent un nombre de cas qui va graduellement décroissant. Tels sont les résultats auxquels on est parvenu par le recueil de plus de 4000 faits observés.

Il est rare qu'au delà de 50 ans, la folie se déclare chez un individu sain jusqu'alors. Avant dix ans, on ne voit que de l'idiotisme ; après 70 ans, c'est la démence.

Sous le rapport du sexe, on observe des variétés ; il en est de même relativement au climat. Ainsi, dans le nord de la France, le nombre des femmes folles excède de beaucoup celui des hommes ; dans le midi de ce même pays, il y a égalité entre les deux sexes.

En Italie, il n'en est plus ainsi ; on y compte bien plus d'hommes que de femmes affectés d'aliénation mentale. C'est encore la même chose en Angleterre, en Allemagne, en Amérique ; le contraire a lieu en Hollande.

Quoiqu'il en soit, nous devons ajouter que les institutions ont une grande influence sur la production de la folie. Dans ces derniers temps, M. Foville a attribué une part assez active dans le développement de l'aliénation au degré d'astriction donné aux liens dont on ceint la tête des enfans.

Les sujets qui guérissent le plus ordinairement sont ceux qui sont atteints de 25 à 30 ans, et de 30 à 35.

Nous allons maintenant faire l'histoire des diverses espèces de folies en particulier.

N° 61. — 21 Mai.

HOPITAL NECKER.

M. Bricheteau.

Des conférences cliniques de l'hôpital Necker pendant une partie de l'année 1835.

Suite du numéro 58.

Le malade allait à merveille, et semblait s'acheminer à la guérison, lorsque, vers le milieu de décembre, on s'aperçut qu'il s'était formé un abcès dans le point où la ponction avait été deux fois pratiquée ; on en fit l'ouverture le 26 janvier 1836 ; il s'en écoula une demi-livre de liquide purulent, jaunâtre. On ne put s'assurer si l'abcès communiquait avec la poitrine, comme je le pensais. Quoi qu'il en soit, cet abcès s'étant reproduit, on fut obligé de l'ouvrir de nouveau le 5 mars ; il en sortit un pus mêlé de grumeaux sanguins. Un stylet introduit dans la plaie fit connaître un vaste décollement, et l'on crut qu'il s'était organisé un kyste qui, étant en communication avec la poitrine, se vidait et se remplissait ensuite. Ce qui parut confirmer cette opinion, c'est que par l'ouverture restée libre il s'écoulait continuellement une sérosité glaireuse, dont le jet augmentait lorsqu'on faisait tousser le malade. Cet écoulement s'est tari, toutes les traces de l'abcès ont disparu ; il n'existe plus, chez ce malade, de tintement métallique ni de fluctuation ; on entend, à la vérité faiblement, la respiration, et le son est toujours un peu mat dans le côté droit. L'état du malade est, du reste, plus satisfaisant que jamais, et comme l'abcès ne s'est pas reproduit, on a lieu d'espérer que la guérison complète ne se fera pas longtemps attendre.

Le fait suivant n'est pas moins curieux que les précédens, quoique d'une toute autre nature.

Un jeune tisserand, âgé de vingt-quatre ans, habitant Paris depuis très-peu de temps, faisant abus de liqueurs alcooliques, fut pris, le 15 novembre, de diarrhée qu'il conserva pendant huit jours, et à raison de laquelle il entra à l'hôpital le 26 du même mois. Il ne tarda pas à présenter les symptômes d'une fièvre typhoïde qui acquit en peu de jours une grande intensité, et qui était surtout caractérisée par un délire continu des plus violens, des pétéchies, du râle typhoïde, etc. Des applications de sangsues, puis des vésicatoires volans, l'emploi de la glace sur la tête, l'administration du camphre en lavement vers la fin de la maladie, ne purent arrêter les progrès de cette affection ; le malade succomba le 10 décembre, après quinze jours de séjour à l'hôpital.

A l'ouverture du corps, on trouva des plaques rouges inégalement disséminées sur la face interne de l'intestin grêle et à la partie inférieure des plaques de Peyer, hypertrophiées, d'autant plus nombreuses qu'on approchait davantage de la fin de cet intestin. Quelques-unes de ces plaques commençaient à s'ulcérer, et étaient recouvertes d'une couche de mucosité grisâtre ; le gros intestin, ainsi que l'estomac et le duodénum, ne présentaient aucune altération ; les glandes mésentériques étaient tuméfiées, la rate ramollie et doublée de volume ; le muscle psoas du côté gauche présentait la même altération, et de plus un petit foyer sanguin renfermant un caillot. Les poumons n'offraient rien de notable, mais le cœur était circonscrit à sa base par une ossification annulaire des plus rares et des plus remarquables. Cette ossification paraissait s'être développée dans le tissu cellulaire intermédiaire, entre le feuillet séreux qui recouvre le cœur, et la substance musculaire de cet organe ; elle adhérait par conséquent par sa face interne aux fibres charnues ; elle se composait de plusieurs pièces irrégulières réunies par un tissu fibreux d'où s'élevaient çà et là des prolongemens en forme de pointes plus ou moins saillantes.

L'anneau osseux dont nous parlons ressemblait à des incrustations ou dépôts provenant de la filtration d'eaux chargées de sels calcaires ; en arrière, à la partie moyenne, on remarquait une saillie adhérente au cœur et qui ressemblait assez bien à l'apophyse odontoïde de la deuxième vertèbre appelée axis ; en avant, au contraire, on voyait une ouverture irrégulière et ovale transversalement ; à côté deux ou trois échancrures qui figuraient assez bien la couronne d'épines qu'on voit sur

les *sacrés-cœurs* figurés dans certaines estampes de piété.

Cette ossification n'avait en rien changé les diamètres des cavités du cœur; et il ne paraît pas qu'à aucune époque de la vie de ce malade, il ait éprouvé aucun trouble dans la circulation; il est singulièrement remarquable que le malade n'avait que 24 ans.

Parmi les autres faits dont nous avons entretenu les élèves, nous citerons :

1° Une ophthalmie scrofuleuse chez un homme de 22 ans que nous avions vainement combattue par des saignées, des purgatifs et l'application d'un vésicatoire, et qui a été assez promptement guérie par l'emploi de la teinture d'iode en potion, d'abord à la dose de 15 gouttes puis à celles de 20, 25 et 30 gouttes dans le courant de la journée.

2° Une autre ophthalmie opiniâtre chez un homme de 36 ans, que nous avions également cherché à guérir par l'emploi des ventouses scarifiées, des collyres résolutifs, des purgatifs et d'un vésicatoire qui avait même aggravé le mal. Eh bien! dans cet état des choses, il survint une pleurésie aiguë, qui fut traitée heureusement par les antiphlogistiques, et qui firent disparaître complétement une ophthalmie que l'art avait attaquée sans succès par des moyens énergiques.

3° Une luxation spontanée du fémur, ou du moins un déplacement de la tête de cet os chez un jeune homme de 16 ans, traité avec succès par des vésicatoires volans répétés sur l'articulation coxo-fémorale du membre inférieur gauche. Ce jeune homme, qui boitait et marchait avec difficulté lors de son entrée à l'hôpital, en sortit dans un état satisfaisant, et ayant les deux membres d'une longueur égale, tandis qu'auparavant il les avait manifestement de longueur inégale, et que les deux trochanters se trouvaient dans une ligne parallèle différente.

4° Un cas curieux d'hémorrhoïdes menstruelles chez un homme de 62 ans; cet homme affirmait être sujet à ce flux de sang périodique depuis l'âge de 14 ans; il éprouvait rarement un retard de huit ou dix jours, et chaque fois que l'évacuation se supprimait, il survenait un dérangement quelconque dans sa santé. C'était pour un de ces dérangemens qu'il était entré à l'hôpital; celui-ci consistait dans des palpitations de cœur, une notable difficulté de respirer, un gonflement des membres inférieurs. On appliqua deux fois des sangsues à l'anus, des ventouses sur la région du cœur; les hémorrhoïdes reparurent; les accidens se calmèrent, et le malade sortit guéri. Mais il rentra quelques mois après pour la même affection, qui avait la même origine et qui fut guérie de la même manière, c'est-à-dire, par le retour des hémorrhoïdes supprimées. Ce malade nous a assuré être né d'un père qui, comme lui, était sujet à un flux de sang périodique.

5° Deux ou trois cas d'une sorte de pneumonie caractérisée par une altération du tissu pulmonaire, ressemblant parfaitement à celui de la rate ramollie, et que pour cette raison nous avons appelée *splénification* du poumon. Dans les exemples que nous avons recueillis, il y avait complication d'un obstacle au cours du sang dans les orifices du cœur, d'où reflux et stase de ce fluide dans les poumons, dont le tissu en était comme imbibé; on le déchirait avec une extrême facilité, puis on le réduisait en bouillie par la pression ou la trituration. Ces sortes de pneumonies nous ont paru survenir particulièrement chez les vieillards, les individus épuisés par des excès ou des travaux au-dessus de leurs forces, mais plus particulièrement chez ceux qui portaient dans l'orifice auriculo-ventriculaire du côté gauche du cœur, un obstacle capable de faire refluer le sang dans le poumon. Dans ce cas, le poumon est le siége d'un engorgement, d'une réplétion mécanique qui finit par dénaturer la contexture et le rendre impropre à la respiration.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Trente-troisième leçon, 27 avril.)

Nous allons examiner aujourd'hui le phénomène de l'imbibition dans ses applications à la thérapeutique.

Tous les tissus, depuis les dents jusqu'à ceux qui offrent le moins de consistance, sont susceptibles d'imbibition. Personne n'ignore que des peuples non civilisés ont l'habitude de se teindre les dents. Il arrive cependant chaque jour que l'on peut toucher impunément des liquides, des humeurs, dont l'absorption en très-faible quantité détermine les accidens les plus graves et même la mort.

La salive des animaux enragés est une de ces humeurs, car il n'y a pas d'exemple connu qu'on ait jamais pu guérir la rage chez un individu véritablement atteint de cette maladie.

L'appareil protecteur, la partie de nos tissus qui nous met à l'abri d'un danger aussi affreux, est l'épiderme, sorte de vernis qui couvre la surface de la peau. Son imbibition lente et très-difficile, explique ce phénomène.

Aussi, pour que l'absorption ait lieu, il est nécessaire que l'épiderme soit enlevé. C'est sur la connaissance de ce fait qu'est basé l'emploi des médicamens par la méthode endermique, sur laquelle M. le docteur Lembert, un de nos élèves les plus distingués, a écrit un mémoire plein d'intérêt.

Imbu des idées que j'avais émises sur la porosité de nos tissus et sur l'absorption, ce jeune médecin a pensé avec beaucoup de raison que la méthode endermique deviendrait, dans une foule de circonstances, un mode très-avantageux d'administrer certaines substances médicamenteuses.

M. Percy, longtemps avant la publication de ce mémoire, rapportait qu'un curé avait péri victime d'un scélérat qui, en pansant un cautère qu'il avait au bras, y introduisait de la strychnine.

La pénétration des médicamens employés dans les frictions, n'a lieu que par suite du déplacement des

espèces d'écailles qui, par leur superposition, constituent la couche de l'épiderme.

Dans la vaccination, l'épiderme est soulevé et divisé pour introduire le virus-vaccin, qu'on dépose sur une couche très-vasculaire; le virus pénétrant alors dans les vaisseaux à travers leurs parois, est bientôt transporté sur les surfaces nerveuses au moyen de la circulation.

Les médecins savent qu'il est important, dans la vaccination, de ne pas faire saigner les piqûres, pour que le virus inoculé ne s'écoule pas au dehors avec le sang.

Tous les jours on peut impunément mettre les mains en contact avec une solution de sublimé corrosif, sans qu'il s'opère des phénomènes d'absorption.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ces considérations, que je pourrais pousser beaucoup plus loin, me proposant, surtout dans cette seconde partie de mon cours, d'aborder des questions qui offrent plus d'intérêt peut-être en ce qu'elles ne sont pas connues, et sont le résultat de recherches plus récentes.

Si l'on examine l'intérieur des viscères qui occupent une partie de la tête, la poitrine et l'abdomen, chez les animaux les plus élevés dans l'échelle, les mammifères, les oiseaux, on trouve que ces appareils organiques, sens, voies aériennes, digestives et genito-urinaires, sont tapissés par une membrane qui, de même que la peau, offre des variétés prononcées d'aspect et de structure suivant les divers points où on l'observe.

Cette membrane n'est autre chose qu'une peau intérieure, un véritable tégument dont la structure diffère de la peau extérieure à cause des fonctions qu'il est appelé à remplir.

Si l'on racle la surface de cette membrane, l'instrument dont on se sert est bientôt chargé d'une substance molle plus ou moins visqueuse, qu'on appelle mucus.

Ce mucus ne tarde pas à être remplacé par une autre couche sécrétée en assez grande abondance pour qu'on ne puisse pas s'apercevoir que la membrane qu'il recouvre en a été dépouillée.

Le mucus remplit donc ici les fonctions de l'épiderme, qu'il remplace jusqu'à un certain point.

Dans plusieurs parties, les membranes muqueuses offrent à leur surface toute la consistance de l'épiderme; ainsi, au pourtour des orifices des narines, de la bouche, de l'anus, des voies génitales et urinaires, la transition de la peau en membrane muqueuse ne s'opère pas d'une manière brusque, mais bien par une gradation plus ou moins marquée, suivant les parties.

L'absorption se fait beaucoup plus lentement aussi dans quelques points des muqueuses, parce que, outre les conditions différentes de surface, il en existe d'autres dans le nombre plus ou moins considérable de vaisseaux qui rampent dans ces membranes.

M. Magendie prouve par des expériences ce qu'il vient d'avancer; il plonge pendant quelques minutes la patte d'un lapin dans de la teinture de noix vomique, et l'animal ne ressent aucune impression du contact de son membre avec ce poison.

Une petite quantité est alors injectée dans le rectum; mais la teinture n'étant pas forte, et la surface avec laquelle elle se trouve en contact n'étant pas pourvue d'une très grande quantité de vaisseaux sanguins, les effets du poison ont lieu lentement, et ne se développent dans toute leur intensité qu'un quart-d'heure après son introduction.

Quelques gouttes d'acide prussique sont déposées sur la surface de la conjonctive d'un autre lapin, et à peine une minute s'est-elle écoulée, que l'animal est pris de violentes convulsions qui le font succomber presque aussitôt.

Lorsque l'acide hydrocyanique est anhydre, sa force est telle, qu'il suffit d'exposer un animal à la vapeur qui se dégage d'un flacon qui en contient un peu, pour que la mort ait lieu après une ou deux inspirations de cette vapeur.

La première fois, dit M. Magendie, que j'essayai ce poison, que M. Gay-Lussac m'avait envoyé pour étudier expérimentalement ses propriétés, le flacon étant resté un moment débouché, il se dégagea une si grande quantité de vapeur que j'en éprouvai, ainsi que les personnes qui se trouvaient dans mon laboratoire, des étourdissemens très-forts et des vertiges; nous n'eûmes que le temps de sortir au grand air pour dissiper ce malaise; car un séjour plus longtemps prolongé dans le lieu de nos expériences aurait infailliblement pu nous être funeste.

Après avoir terminé sa leçon, M. Magendie essaye l'action du fluor gazeux, dont M. le docteur Baudrimont lui avait remis un flacon; il en fait inspirer une certaine quantité à un jeune lapin, qui pousse aussitôt des cris aigus et cherche à fuir. D'après ce premier essai, ce poison, dit M. Magendie, paraît, avant tout, posséder des propriétés irritantes.

Ces expériences seront continuées et variées de différentes manières.

N° 62. — 24 MAI.

HOSPICE DE BICÊTRE.

(Division de la ferme Sainte-Anne.)

Cours de Médecine clinique sur les maladies du système nerveux; par M. le docteur FERRUS.

(Première leçon.)

Lundi dernier, M. le docteur Ferrus, médecin des aliénés à l'hospice de Bicêtre, a commencé le cours de médecine clinique qu'il fait chaque année sur les maladies du système nerveux.

Nous regrettons de ne pouvoir donner textuellement cette première leçon, dont l'esprit juste et éclairé du professeur nous garantissait l'importance.

Nous en extrairons quelques passages, et engageons ceux de nos confrères auxquels leurs occupations le permettraient, et messieurs les élèves, à profiter d'un enseignement utile et dépouillé de la morgue pédantesque que l'on retrouve si souvent dans les leçons peu instruc-

tives de la plupart des théoriciens sinécuristes de l'école.

Après avoir rappelé que dans ses cours précédens il avait dû faire sentir la nécessité d'études relatives aux affections dont le système nerveux est le siége, je devais prouver, dit M. Ferrus, que ces maladies pouvaient être considérées comme tous les autres dérangemens de l'économie, et que l'enseignement clinique était aussi applicable à ce genre d'études qu'à toute autre branche de l'art de guérir.

Sous ce dernier rapport, ma position était déjà meilleure que celle de mes prédécesseurs. Quelques années auparavant, la nature matérielle des maladies était encore contestée, et c'était presque un sacrilége que d'attribuer aux altérations d'un organe les désordres et les perversions de l'entendement humain. Les travaux de quelques médecins que j'aurai souvent l'occasion de citer dans ce cours, et surtout l'impulsion donnée par Gall, ont puissamment contribué à faire envisager les maladies mentales comme le résultat de certaines modifications organiques. Respectant les croyances de chacun, et trouvant naturel que nos opinions et notre sécurité ne soient pas partagées par tout le monde, ne craignons pas de considérer comme des accidens organiques, dont la médecine peut comprendre la nature et doit rechercher le siége, les perversions de ces grands phénomènes physiologiques : sensibilité, mouvemens, instincts, sentimens, affections, intelligence.

Les études cliniques peuvent seules nous conduire à ce but; elles prouvent que l'exaltation, l'affaiblissement, les aberrations ou l'abolition des facultés mentales, sont dues à des modifications positives, quoique moins faciles à saisir que celles des autres fonctions de l'économie. Les diverses aberrations de l'entendement et des sentimens affectifs ne sont pas les seuls symptômes des maladies du système nerveux. La convulsion et la paralysie, dans tous leurs degrés, se rattachent aussi à des modifications morbides nombreuses et variées de cet appareil.

Toutes ces modifications et les signes qui les caractérisent, doivent être l'objet d'un examen sérieux et réfléchi, soit dans les amphithéâtres, soit au lit des malades.

L'étude de l'une ne saurait être séparée de l'autre, car le délire, la convulsion, la paralysie générale, se lient, s'enchaînent et se compliquent progressivement chez les trois quarts des individus qui ont été affectés pendant longtemps de l'un de ces terribles accidens, et dont le système nerveux, par conséquent, avait reçu une atteinte profonde dans quelques-uns de ses points les plus importans.

Aujourd'hui enfin, je ne suis plus embarrassé de justifier ce titre : Cours de médecine clinique sur les maladies du système nerveux, puisque l'expérience a démontré que ces maladies pouvaient être étudiées sans danger pour les malades, en plaçant des exemples sous les yeux des hommes qui se livrent à cette étude.

M. Ferrus insiste beaucoup sur la nécessité du calme et du silence qu'on doit apporter dans l'examen de ces malades.

Dans ce lieu surtout, dit-il, qui devient le théâtre de nos recherches, la moindre agitation se communique avec la force et la rapidité d'un courant électrique, et confondrait au milieu d'un désordre bruyant les particularités que nous avons le plus d'intérêt à observer d'une manière distincte. Ces aliénés paisibles maintenant, qui remplissent avec docilité la tâche qui leur est imposée, pour un mot, un geste ou un sourire moqueur, perdraient bientôt ce calme, aussi satisfaisant pour nous qu'il est bienfaisant pour eux, dont la constitution irritable et mobile a besoin d'éprouver des modifications lentes et profondes. Nous retrouverions ces maniaques furieux dont nos devanciers nous ont laissé des peintures si effrayantes et pourtant si fidèles ; nous retrouverions les fous qui n'inspiraient que la terreur et le dégoût dans les siècles de superstition et d'ignorance ; les démens assimilés aux bêtes malfaisantes, alors que la plus grande partie de l'humanité était traitée en esclave.

Les aliénés, on peut en juger par quelques-unes de nos lois, ont reconquis plus tard que nous la dignité humaine, mais enfin ils l'ont reconquise. Ils ont sacrifié leur fureur en échange des égards et des bons soins dont ils sont devenus l'objet.

Mais si la maladie a perdu ce qu'elle avait de plus hideux, les malades ont conservé l'irritabilité excessive, la vanité ou l'orgueil désordonné, qui sont les traits fondamentaux de leur caractère.

Quelques médecins disent encore que les études cliniques s'appliquent surtout aux maladies dont il est possible de déterminer le siége, et que personne jusqu'à présent n'a pu préciser le siége de la folie. Cette objection paraît forte, mais elle n'est que spécieuse.

Les maladies du système nerveux sont loin de se montrer toujours rebelles aux laborieuses recherches de l'anatomie pathologique, et quand elles devraient l'être constamment, ce ne serait pas une raison pour ne pas les soumettre à des études cliniques. Au contraire, ce que nous avons appris depuis cinquante ans sur le siége d'un grand nombre de maladies paraissait à nos prédécesseurs tout aussi inaccessible aux efforts du scalpel, que nous paraissent à nous-mêmes les choses du même genre que nous ignorons encore.

Ainsi cette obscurité est un motif de plus pour soutenir notre persévérance ; et quand même les recherches cadavériques devraient être longtemps infructueuses, que pourrait-on en conclure contre les études cliniques? Tout est-il donc dans le cadavre et rien dans l'homme vivant ?

Arrive-t-on par une conséquence directe et immédiate de l'examen de l'altération pathologique à la science du diagnostic et au choix du traitement? Non.

Pour atteindre ce double but, il faut des études à part, et ces études ne se bornent pas à un simple exercice de l'esprit, à la méditation stérile de leçons orales et fugitives, il faut avoir vu. Quel talent descriptif, en effet, remplacerait l'impression que produit la vue des désordres généraux de l'économie! Quelle peinture pourrait suppléer, dans l'esprit d'un homme né pour l'exercice

de la médecine, l'observation attentive et consciencieuse, non-seulement des grandes catastrophes d'une épidémie, mais encore de tous les cas désespérans où les grands viscères paraissent tour à tour le siége de la maladie, et dans lesquels, en définitive, la localisation reste aussi secondaire que douteuse. Là aussi, le scalpel est souvent en défaut; il faut cependant avoir vu des malades pour reconnaître une fièvre pernicieuse, un typhus. Eh bien, la plupart des maladies nerveuses sont dans le même cas, et exigent par conséquent les mêmes études.

Après avoir vu les désordres de l'innervation dans tous les degrés de leur développement, après les avoir étudiés sur une grande échelle, il vous sera facile de les reconnaître comme effets consécutifs et comme points de départ d'une foule de maladies. Vous saurez apprécier, Messieurs, le rôle important, le rôle immense que joue le système nerveux chez les gens du monde; vous verrez que là où ses fonctions sont très-actives, là également ses perversions sont plus communes, plus variées, et en général plus intenses; vous verrez que dans la plupart des cas, les troubles de l'innervation sont l'élément générateur des autres troubles de l'économie, et que savoir les reconnaître est un avantage immense pour formuler avec sagacité le diagnostic, le pronostic, et le traitement du plus grand nombre des maladies.

La médecine légale ne réclame pas moins que la pratique journalière de notre art, un enseignement clinique sur les affections dont je parle et spécialement sur l'aliénation mentale.

Combien de praticiens, même parmi les plus habiles, à l'éducation desquels a manqué non l'éducation littéraire, mois l'observation clinique, se récusent d'eux-mêmes, quand il s'agit d'affirmer que tel individu était ou n'était pas aliéné au moment où il a commis l'acte dont on l'accuse? Quelles graves erreurs ne sont pas à redouter dans les localités où aucun médecin ne s'est livré à cette étude longue et difficile! Dans ces localités la société reste sans garantie.

D'une part, l'ignorance d'un médecin peut laisser conduire à l'échafaud un malheureux que son état moral et intellectuel rendait irresponsable; de l'autre, le crime peut échapper au châtiment, maintenant que les scélérats les plus dangereux semblent étudier nos descriptions de maladies nerveuses avec autant de soin qu'ils étudient les dispositions pénales du code, et manquent rarement de se retrancher derrière de prétendues monomanies.

A quel point, en outre, les hommes qui possèdent des connaissances approfondies en ce genre, ne peuvent-ils pas éclairer la conscience des jurés et des juges dans les procès en captation! Combien de fois enfin, en examinant les jeunes gens appelés au service militaire, n'ont-ils pas l'occasion de démasquer de soi-disant fous et surtout de faux épileptiques! Dois-je encore ajouter que dans tous les départemens et dans presque toutes les villes populeuses du royaume, s'élèvent ou vont bientôt s'élever des établissemens spéciaux pour le traitement ou la réclusion de personnes affectées de certaines maladies du système nerveux et que déjà on sent la disette de jeunes médecins pourvus des connaissances spéciales que doivent posséder les chefs de pareils établissemens.

En vous faisant sentir la nécessité de l'étude clinique des maladies mentales, sous ces divers rapports, je crois vous avoir prouvé, Messieurs, qu'elle doit être regardée comme le complément d'une bonne éducation médicale.

C'est donc un devoir que je remplis avec satisfaction en profitant de tous les avantages qu'offre l'hospice de Bicêtre pour vous faciliter l'étude des maladies du système nerveux. Là, en effet, elles semblent s'être donné rendez-vous, depuis la plus légère excitation maniaque jusqu'au délire le plus furieux, depuis la monomanie la moins déraisonnable jusqu'à cette lypémanie qu'on pourrait appeler cataleptiforme et qui change en statue le malheureux qu'elle atteint; depuis la manie la plus aiguë, la plus prodigue de cris et de mouvemens, jusqu'à la démence qu'une paralysie rend encore plus hideuse; depuis cette imbécilité qu'on serait tenté de confondre avec la naïve simplicité de l'enfance jusqu'à ce degré d'idiotie qui ne laisse à l'homme ni le sentiment qu'on retrouve encore dans les brutes, ni même les formes extérieures qui caractérisent son espèce.

Là se trouvent réunies toutes les affections convulsives depuis le tic léger qui modifie à peine les traits du visage, jusqu'à la chorée la plus effrayante par ses bizarres contorsions, depuis l'épilepsie dont l'accès est à peine indiqué par un léger vertige, jusqu'à l'abrutissement et au délire farouche qui en marque le dernier degré.

Après avoir terminé ces considérations pleines d'intérêt et qui ont été écoutées avec un vif plaisir et l'attention la plus soutenue, M. Ferrus fait une esquisse rapide et exacte des travaux des médecins de l'antiquité sur les maladies nerveuses. Il indique les théories d'Hippocrate sur la manie et l'épilepsie, et surtout les efforts que le père de la médecine avait faits pour prouver que les affections nerveuses ont la même origine que les autres maladies et qu'elles sont héréditaires.

Celse adopte les idées d'Hippocrate, et s'attache surtout, au milieu d'une thérapeutique très-variée, à faire ressortir l'importance du traitement moral.

Galien place le siége de l'âme dans le cerveau qu'il divise en plusieurs parties, ayant chacune une faculté sous sa dépendance.

Cœlius Aurelianus rejette la théorie des quatre humeurs admise par Galien, pour expliquer les perversions de l'entendement; il classe la folie parmi les maladies par astriction, et s'apesantit principalement sur le traitement hygiénique et moral des aliénés.

Arétée de Cappadoce regarde la bile noire comme cause de la folie.

Alexandre de Tralles, Aëtius et les médecins arabes suivent les idées émises par Galien; cependant Avicenne paraît avoir étudié par lui-même, et conseille dans ces maladies l'application du cautère actuel sur la tête.

Démocrite d'Abdère associait à quelques vérités la croyance aux esprits, croyance ressuscitée sous une autre forme par le christianisme et poussée à l'absurde par la superstition.

La prison, les cachots, les chaînes, les coups, la faim formaient alors la base du traitement qu'on faisait subir aux aliénés.

Un mépris superstitieux, une frayeur haineuse étaient les seuls sentimens qu'ils inspiraient : trop heureux quand les bûchers du fanatisme ne s'allumaient pas pour eux.

Jean, Wyer, Savonarole Gordon et d'autres hommes généreux s'élevèrent en vain contre l'erreur générale, ils entrevoyaient les avantages d'une conduite plus humaine à la fois et plus médicale; mais entraînés par les préjugés au milieu desquels ils vivaient, ils n'osèrent suivre la route nouvelle qui s'offrait à eux. Ils croyaient trouver leur excuse dans l'incurabilité regardée comme absolue de l'aliénation mentale, et il faut avouer que peu de fous guérissaient alors sous l'influence d'un traitement capable d'ébranler la raison la mieux affermie.

Paracelse et Van Helmont donnèrent quelques bonnes descriptions de plusieurs formes de l'aliénation mentale, mais ils les accompagnèrent des théories les plus absurdes et d'une thérapeutique en rapport avec ces théories.

La philosophie de Descartes ramena les esprits à l'étude du cerveau, et les recherches de Bonnet, de Morgagni, de Cullen, Meckel, Reil, Willis le firent avec plus de succès encore. C'est à Pinel qu'était réservée la gloire de saisir les avantages matériels de ces théories opposées, et d'en faire jouir les aliénés au lieu d'épuiser ses forces dans une stérile et interminable discussion.

Il adopta avec les animistes la nécessité du traitement moral, avec les matérialistes l'importance des recherches d'anatomie pathologique et d'une thérapeutique matérielle. Ses réflexions pleines de justesse sur l'influence que les diverses formes du crâne peuvent exercer sur la production de la manie, ne perdent rien de leur importance pour avoir été précédées par celles de Reil et dépassées de beaucoup par celles de Gall et de Spurzheim.

Pinel eut un mérite qu'on ne saurait lui contester, c'est d'avoir porté le dernier coup à la barbarie, dont les aliénés étaient encore victimes, malgré les exemples si bons à suivre de Cullen et de Willis. Le premier de ces médecins avait proscrit les liens de quelque nature qu'ils fussent, et l'emploi de plusieurs hommes pour contenir l'aliéné, à cause de l'excitation qui résultait de ces violences. Il défendait la position horizontale forcée, comme propre à entretenir la plénitude et la distension des vaisseaux cérébraux; il employait, pour tout moyen coercitif le gilet de force, prescrivait l'isolement, le travail et les exercices corporels. Pinel s'empressa d'adopter ces améliorations et d'autres encore, et son inépuisable humanité lui donnant la persévérance nécessaire, il parvint à en généraliser l'application. Aussi ne trouvons-nous plus ces manies furieuses qu'il a si admirablement décrites et qui feraient suspecter sa vivacité, si quelques établissemens encore soumis à l'ancienne routine ne nous en offraient des exemples.

Cabanis fit le premier parmi nous une application large et hardie de la doctrine de l'organicisme aux facultés intellectuelles et morales de l'homme.

Gall et Spurzheim aggrandirent le chemin à l'entrée duquel une partie du monde médical s'était arrêtée.

Georget, enlevé si jeune à la science, fut un des premiers à adopter franchement les conséquences de la philosophie de Gall.

Je dois mentionner ici quelques auteurs dont les noms sont fort connus, bien qu'on néglige l'étude de leurs ouvrages.

En France, Pomme, Tissot, Lecat, Lorry; en Angleterre, Haslam, Cox, Reid et Burrows sont de ce nombre. A mesure que nous avancerons ils se retrouveront sur notre route, et ce sera une occasion que nous ne laisserons pas échapper de leur rendre justice.

Vous attendez sans doute ici, Messieurs, les noms de MM. Esquirol, Louyer-Villermay, Barras, Foville, Pinel-Grandchamp, Falret, Voisin, Calmeil, Belhomme, Pinel fils, Lélut, Leuret, Parchappe, etc.; mais on éprouve toujours quelque embarras à parler des hommes vivans, et malgré l'importance des services qu'ils ont rendus à la science, il est juste de ne pas porter un jugement d'ensemble et surtout un jugement définitif, sur des travaux que leurs auteurs peuvent encore perfectionner. D'ailleurs, j'aurai chaque jour l'occasion de rappeler leurs titres à votre estime.

Dans ces derniers temps, l'Angleterre, qui accueillit plus favorablement que nous la phrénologie, a vu un homme de talent, M. Combe, essayer d'en faire l'application à l'étude et au traitement de l'aliénation mentale. C'est une bonne et heureuse tentative, qui maintenant compte, en France, plus d'un partisan sincère et zélé.

Nous le félicitons d'être entré dans la voie suivie par Gall et Spurzheim, attendu qu'elle nous semble la plus philosophique de toutes celles qui ont été suivies dans l'étude des phénomènes de l'entendement, et qu'appliquée avec discernement et mesure, elle doit conduire à d'utiles résultats dans l'examen des maladies nerveuses.

M. Ferrus termine cette leçon en indiquant l'ordre des sujets qu'il se propose de traiter cette année :

1° L'idiotie et les arrêts de développement;

2° La manie et ses diverses formes;

3° La monomanie, id.

Il s'attachera à faire ressortir les caractères du délire qui survient accidentellement dans une foule de circonstances et ceux de l'aliénation mentale proprement dite.

4° La démence;

5° Les maladies convulsives.

——

N° 63. — 26 MAI.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. ANDRAL.

Leçons sur les maladies des centres nerveux ; recueillies par M. MALHERBE.

(Suite du numéro 60.)

De la manie.

Définir cette maladie, c'est en faire à peu près l'histoire.

Symptômes. — Elle débute chez plusieurs sujets par un délire subit et violent, sans autres prodrômes ; chez d'autres, la pensée s'altère graduellement. On observe des incohérences, des bizarreries dans les idées, des changemens dans les affections, les penchans et les habitudes. Ces phénomènes ne sont pas les mêmes tous les jours. Peu prononcés d'abord, ils ne font nullement soupçonner l'imminence de la folie ; mais ils augmentent peu à peu, et enfin la folie éclate, et on ne peut plus la méconnaître.

Cette manie ne s'offre pas toujours sous la même physionomie. Il est des maniaques qui ressemblent à des individus ivres; d'autres ont des idées désordonnées, mais ils paraissent reprendre toute leur raison, ils la recouvrent même, lorsqu'on fixe leur attention, soit par la lecture d'une lettre intéressante, soit par une conversation avec un ami, etc. Leur attention cesse-t-elle d'être intéressée, n'est-elle plus attirée par quelque chose qui la frappe et l'enchaîne, la manie reprend ses droits. On rencontre enfin des malades qui n'ont plus rien de cette lucidité momentanée. On observe parfois chez des sujets des momens où ils regrettent la perte de leur raison, des instans où leurs facultés intellectuelles s'élèvent. On en a vu qui devenaient poètes, orateurs, etc., pendant leur maladie, et avant laquelle ils n'étaient que des hommes très-ordinaires. C'est vraiment une chose étonnante, que ce développement de génie qui brille au milieu de pareils désordres, et souvent sous l'influence de leur exaspération ; car il y a dans la manie des heures d'exacerbation et des heures de calme, de rémittence. Il y a plus ; c'est que cette maladie est incontestablement intermittente périodique.

Durée, terminaison, etc. — La durée est plus ou moins longue; elle peut n'être que passagère, de quelques jours, comme elle peut se prolonger pendant plusieurs années. La terminaison est la guérison ou la mort. Dans ce dernier cas, les individus succombent à des lesions diverses qui surviennent dans le cerveau, telles qu'une congestion, une hémorrhagie, un état anémique, etc. Il est des maniaques qui, à mesure que la mort approche, voient leur congestion cérébrale, leur exaltation diminuer, cesser, et qui tombent dans un affaissement remarquable. On ne trouve alors rien dans le cerveau. Chez d'autres, le terme fatal arrive lorsque le sujet a passé de la manie à la démence, et dans ce cas on note parfois des lésions de mouvement. La mort peut donc survenir pendant la période aiguë, ou quand l'affection est devenue chronique.

La manie est susceptible de guérison ; mais cette guérison est d'autant plus difficile qu'on s'éloigne davantage de l'époque de l'invasion de l'apparition de la maladie. On a remarqué que les deux premières années offraient le plus de chances. Pinel cite cependant un cas de manie qui guérit au bout de 27 ans.

Le mode de guérison varie suivant les individus. On a vu la manie disparaître lorsqu'une parotide venait à s'établir. Pinel comptait beaucoup sur l'apparition d'une diarrhée. Le ptyalisme est, chez certains maniaques, le prodrôme de leur retour à la santé. Du reste, ce retour à la raison peut se faire d'une manière subite ou progressive. Le premier cas est le plus rare.

Cette maladie est exposée à des récidives fréquentes.

De la Monomanie.

Cette affection peut offrir deux variétés : ou il existe une idée dominante au milieu du trouble général de la raison ; ou bien un individu dont l'intelligence est parfaitement saine d'ailleurs, déraisonne sur un seul point. La première variété est facile à reconnaître; la seconde, longtemps niée et méconnue, est encore le sujet de longues controverses.

Les formes de la monomanie varient à l'infini, suivant les âges, les sexes, les idées de l'époque, etc. Cette maladie a cela d'extraordinaire, qu'elle prend en quelque sorte le caractère contagieux : c'est le développement de l'instinct d'imitation. Ainsi, un individu est frappé de monomanie, la nouvelle s'en répand ou il est vu par d'autres personnes, et voilà qu'une foule de monomaniaques se fait remarquer. La manie ne porte pas ce cachet de contagion.

M. Andral établit dans la monomanie quatre grandes divisions :

1° Monomanies créées par la perversion ou l'exagération d'une des principales facultés de l'intelligence, telles que l'imagination, le jugement, l'attention, la mémoire.

2° Monomanies par exaltation ou perversion d'une passion, d'un penchant.

3° Monomanies résultant de l'exaltation ou de la perversion de certains besoins, de certains instincts. Il y a dans cette troisième division des subdivisions à faire selon que ces besoins ont rapport à l'accomplissement de la vie de relation, de nutrition et de reproduction.

4° Monomanies produites par l'exagération ou la perversion de certains sentimens. L'homme naît avec un sentiment qu'on appelle amour de soi. Ce sentiment, porté à un trop haut degré, est ce qu'on appelle égoïsme. Il peut être remplacé par l'amour du suicide, ou monomanie suicide. Un autre sentiment qu'on trouve dans

l'homme, consiste dans son amour pour les autres. Combiné avec le premier, celui-ci forme les liens sociaux. Enfin, un troisième sentiment élève l'homme à la croyance d'un principe, d'une cause première de tout ce qui l'environne : c'est le sentiment religieux commun à tous les hommes. Comme les deux autres, il peut se changer en monomanie par son exagération ou sa perversion. Ici encore se place donc une subdivision :

1° Amour de soi ;
2° Amour de ses semblables ;
3° Amour de Dieu.

De quelque manière que la société ait été organisée, elle ne s'est soutenue, elle n'a subsisté que par l'association avec équilibre de ces trois grands sentimens. La prédominance de l'un des trois lui a été contraire, funeste.

Première division. — *Monomanies par exagération ou perversion des facultés intellectuelles.*

De l'Imagination.

On appelle ainsi cette faculté par laquelle tout se traduit à l'homme en image. Elle peut se pervertir, s'exalter de manière à tout représenter, à former des images qui n'ont aucun fondement. C'est ainsi qu'on croira voir, odorer, entendre, etc., des objets qui n'existent pas. Ce sont là des hallucinations qui sont très-nombreuses dans leurs espèces, et qui peuvent s'attaquer à un seul ou à plusieurs sens et marcher alors ou isolément ou ensemble. Figurez-vous un individu qui rêve, et vous aurez une idée des hallucinations. On a peine à comprendre combien l'imagination lésée est féconde à créer des objets divers : visions, extases, apparitions, rapports ou communications avec des êtres, des esprits bienfaisans ou malfaisans, ce sont autant de résultats de l'hallucination par laquelle on peut se rendre compte de la plupart des miracles. Tous ces individus qu'autrefois on brûlait comme imposteurs, comme sorciers, n'étaient le plus souvent que des fous, que des malheureux de bonne foi qui s'imaginaient recevoir des visites ou des anges, ou de Dieu, ou du démon, et s'entretenir avec eux.

M. Leuret cite, d'après M. Esquirol, un monomaniaque de Charenton qui croit que toutes les nuits on le porte dans les souterrains de l'Opéra pour lui couper la tête et les membres et les lui raccommoder ensuite; il prétend avoir affaire alors à des magnétiseurs. Ce malade est, du reste, très-raisonnable. Nous l'avons déjà dit, les idées du siècle, les circonstances de l'époque, etc., impriment à la folie des formes différentes; les hallucinations en reçoivent des modifications.

Dans les premiers temps on vit les martyrs, au moyen âge les sorciers, et maintenant qu'on a des croyances d'une autre nature, on rencontre aussi des fous d'un autre genre. A la vérité, il serait long et peut-être difficile d'énumérer toutes les sortes de folies qui affligent les temps dans lesquels nous vivons. Des hommes d'un grand mérite ont cru aux sorciers ; Mallebranche commence ainsi un de ses chapitres : « Il est indubitable qu'il existe des sorciers. »

Les monomaniaques sont quelquefois des hommes très-ordinaires : quelquefois aussi leurs facultés intellectuelles sont supérieures. On a vu des idées sublimes jaillir sous l'influence de la monomanie. Des hallucinations inspirèrent à Jeanne-d'Arc son courage héroïque. Si ces hallucinations furent cause de grandes, même de nobles actions, elles donnèrent lieu aussi à des crimes atroces. Des individus tuaient, brûlaient parce que des voix intérieures leur criaient de le faire; puis un premier crime consommé entraînait l'envie d'en commettre un second, et de cette manière, les sujets arrivaient par degrés à la folie.

Il peut se faire que chez les hallucinés les troubles du cerveau ne rétentissent pas seulement sur certains actes de l'intelligence ; parfois le mouvement et la sensibilité sont lésés. Certains malades tombent dans un état d'insensibilité et d'immobilité complètes, d'autres dans des convulsions. De là ces prétendus miracles, et cette folie de miraculiser qui peut devenir épidémique, comme on en a eu plusieurs exemples. Ainsi au dix-huitième siècle, on vit une épidémie de convulsions auprès du tombeau du diacre Pâris dans l'église Saint-Médard, à Paris.

Au moyen âge, des monomaniaques étaient pris de tremblemens : ce fut une sorte de contagion, d'où la secte des trembleurs. De nos jours ces formes de monomanie sont très-rares : cependant on trouve encore aujourd'hui des hommes, très-sains d'ailleurs, qui affirment voir une personne leur apparaître subitement et disparaître ensuite pour toujours.

Il n'est pas sans exemple que des villes entières aient été envahies d'une manière épidémique par ces hallucinations.

M. Percy raconte qu'en 1804, un bataillon en garnison en Calabre, reçut l'ordre pour une autre destination ; les soldats firent une marche forcée par une grande chaleur. Une fois arrivés, on les entasse sur de la paille dans un vieux couvent abandonné où, disait-on, il y avait des revenans : les soldats se rirent du conte ; mais à minuit tous s'échappent en poussant des cris épouvantables, et en disant qu'ils avaient vu le diable entrer par la porte sous la forme d'un gros chien noir à long poil, qu'il leur avait passé sur la poitrine et qu'ensuite il était sorti par le côté opposé.

Un pareil fait parut extraordinaire, incroyable ; on renouvela donc l'expérience la nuit suivante, et précisément à la même heure les soldats virent, entendirent, sentirent la même chose : mais les officiers et le médecin qui étaient sur leurs gardes et qui avaient eu soin de se tenir éveillés, ne virent absolument rien. Il existait parmi les soldats une perversion épidémique de l'imagination.

—

N° 64. — 28 Mai.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. Roux.

Cas remarquable de blépharoptosis et coloboma traumatiques.

Un homme âgé de 36 ans, couché dans la salle Sainte-Marthe, reçut, il y a sept mois, à Alger, un coup de sabre sur la région temporo-sourcilière gauche, dont il guérit. Il présente sur ce point une cicatrice complète et indolente qui s'étend parallèlement au sourcil depuis le tiers externe du bord orbitaire supérieur vers la tempe, ayant une longueur de quatre pouces environ. Cette cicatrice est adhérente et déprimée, ainsi que le sont toutes celles de la tête qui succèdent aux dénudations ou déperditions osseuses. Ce malade présente, en outre, un abaissement remarquable du sourcil et de la paupière correspondans, et une division en bec-de-lièvre du bord libre de ce voile membraneux. Il en résulte une difformité vraiment singulière; la paupière supérieure reste éloignée de l'inférieure d'une ligne sans pouvoir se relever spontanément; elle laisse en même temps voir à travers sa fente verticale un segment périphérique de la cornée, ce qui donne une physionomie des plus remarquables. Le coloboma n'a pas été le résultat immédiat de la blessure, au dire du malade, mais bien d'une chute qu'il fit de son lit pendant le délire qu'il éprouva et d'une incision que le chirurgien fut obligé de pratiquer sur la paupière.

En examinant attentivement la partie, on remarque:

1° Que le blépharoptosis n'est pas paralytique, car en pinçant un peu la peau très-flasque de la paupière, le muscle releveur exécute parfaitement sa fonction.

2° Non seulement les tissus palpébraux paraissent évidemment relâchés et allongés par suite de l'engorgement qu'ils ont éprouvé, mais encore la paupière toute entière se trouve elle-même pour ainsi dire déplacée de haut en bas par la présence de la cicatrice.

3° La division du bord libre est triangulaire, de la hauteur de trois lignes, à bords cicatrisés et écartés entre eux, comme un véritable bec-de-lièvre. Cette scissure donne à la paupière une grande prédisposition à l'ectropion à cause de l'allongement transversal de son bord libre.

4° Enfin, le globe oculaire et la région percutée jouissent de toute leur intégrité fonctionnelle normale.

Deux indications se présentent évidemment chez ce malade: raccourcir la paupière dans son diamètre vertical, et réunir par un point de suture le coloboma après en avoir rafraîchi les bords. Ces deux opérations peuvent être pratiquées en une seule séance.

Il vaudrait peut-être mieux pourtant n'attaquer d'abord que la fente palpébrale seulement et remettre à un autre temps la seconde partie.

La paupière, avons-nous dit, a de la tendance à l'ectropion; si cette circonstance persiste après la première opération, il faudrait, en pratiquant la seconde, prendre garde de l'augmenter. Aussi pensons-nous qu'en excisant un lambeau transversal de la peau de la paupière pour raccourcir ce voile, il faut s'éloigner le plus possible du bord tarsien, ainsi que Scarpa n'a pas manqué d'en faire la remarque.

Nous reviendrons probablement sur ce fait qui nous a paru extrêmement curieux à cause des circonstances particulières qui l'accompagnent.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro 63.)

De la monomanie. — Du jugement.

Il peut être altéré de deux manières:

1° Une sensation réelle ayant lieu, elle est mal interprétée.

2° Une sensation a lieu sans être réelle.

C'est ainsi qu'un vieux soldat qui avait perdu la sensibilité cutanée, finit par se persuader qu'il n'existait plus, et quand on parlait de lui, il s'écriait : Eh ! que parlez-vous de ce pauvre Aubert ! il y a longtemps qu'il est mort à Austerlitz : ce que vous voyez ici n'est que son ombre. Mais le jugement peut encore être lésé sans illusion, sans trouble préalable des organes des sens. Ainsi des individus se sont crus morts ou changés en verre, en beurre, etc., quoique leur peau eut conservé sa sensibilité. Des hommes se sont imaginés qu'ils étaient femmes, *et vice versâ*.

On a observé une monomanie qui apparaît à certaines époques et qui consiste dans la croyance qu'ont les individus d'être métamorphosés en bête de telle ou telle espèce ; exemple Nabuchodonosor. Un genre de monomanie jadis très-commune fut la lycanthropie ou la persuasion qu'avaient les malades d'être devenus des loups. Aujourd'hui que les loups sont plus rares, cette espèce de folie est aussi moins fréquente. Les sujets qui en étaient atteints vivaient comme des loups, ils tuaient, pillaient, dévoraient. Un homme qui avait commis un meurtre, fut saisi et traduit devant ses juges ; il leur dit : Mais ne voyez-vous pas que je suis loup ? On lui répond que non : Alors, ajoute-t-il, c'est que j'ai la peau tournée en dedans. On veut s'en assurer, et pour cela on écorche bêtement ce malheureux : l'erreur est facilement reconnue, mais trop tard. Aujourd'hui cette lycantrophie n'est plus telle qu'autrefois ; on la nomme monomanie homicide.

On a constaté une autre perversion de jugement dans laquelle cette discordance des idées n'a plus rapport à

l'individu lui même, mais à tout le monde extérieur. C'est ainsi que des hommes d'un génie transcendant ont, à certaine époque de leur vie, été pris d'une monomanie qui leur faisait regarder tout le monde comme leur ennemi. Gilbert, J.-J. Rousseau ont été dans ce cas.

Vient un autre genre de folie, c'est la lypémanie dans laquelle tout est pour le malade un sujet de tristesse. On lui donne ordinairement le nom de mélancolie. Elle reconnaît pour cause très-fréquente une vie abreuvée de malheurs, de revers de fortune. Les idées sont tristes, sombres. Cette maladie naît aussi sans cause appréciable. Souvent des hommes deviennent mélancoliques à certaine période de leur vie. Il en est que le bonheur entoure, auxquels tout sourit et chez lesquels on observe néanmoins la lypémanie. L'homme dans cet état est ingénieux à se créer des maux, des soucis.

De l'attention.

Elle est susceptible d'altérations d'où naîtront des phénomènes variés. Des individus sont dans l'impossibilité de fixer leur attention sur aucun objet; il s'ensuit une bizarrerie de caractère, un état voisin de l'aliénation; mais un degré de plus, et c'est la folie. Contrairement, certains sujets ont continuellement et profondément l'esprit attaché à un même point, et c'est à cela qu'on doit les ouvrages de génie; mais que l'objet de l'attention soit futile, qu'il y ait incapacité de juger, de réfléchir chez la personne, au lieu de ce génie, père de si belles productions, vous ne trouverez plus qu'une monomanie. Souvent des hommes d'un esprit supérieur ont passé pour des fous aux yeux du vulgaire. Archimède ne fut-il pas pris pour tel par un soldat romain qui le tua? Démocrite ne fut-il pas regardé comme un aliéné chez les Athéniens?

De la mémoire.

Elle peut être modifiée, lésée de telle façon que tout à coup ou lentement un homme ne conserve le souvenir que d'une seule chose qui devient pour lui tout l'univers. Il est surtout une perversion fort singulière de la mémoire et qui consiste dans ce que le malade se souvient de tout, excepté de lui. Il s'est oublié, et quand il parle de lui, c'est en employant la troisième personne: les mots *je*, *moi* n'existent plus pour lui. M. Leuret a cité une femme qui, en parlant d'elle-même, disait toujours: La personne de moi-même.

Deuxième division.

Dans celle-ci, la folie est due à l'exagération et à la perversion des penchans, des plaisirs, des passions. L'homme qui sait les contenir dans de justes limites, est l'homme sage; celui qui les règle mal court à la folie, il la touche; et celui enfin qui ne sait leur poser aucun terme est tout à fait fou. Chaque individu renferme le germe d'une monomanie, car tous les hommes ont des passions. Une des plus violentes et qui produit le plus fréquemment la monomanie, c'est l'ambition qui se glisse dans tous les esprits, dans tous les rangs de la société. L'orgueil, la colère, l'avarice peuvent y mener. Ce dernier vice surtout engendre cette monomanie particulière dans laquelle les malades ont un penchant irrésistible au vol, qui malheureusement s'exerce tant dans le monde. Gall en a rassemblé bon nombre d'exemples remarquables.

Une chose consolante dans la division des monomanies, c'est que sur elles l'influence de l'indication est très-grande, et c'est à cette éducation à détruire, à étouffer ces passions dont la prédominance est si funeste. C'est pour arriver à ces heureux résultats qu'on a créé près de Paris un établissement orthophrénique où l'on s'occupe avec un succès remarquable à contrebalancer, à faire taire les causes ci-dessus signalées de la monomanie. Hommage soit rendu au docteur Voisin, qui a senti le premier le besoin et l'importance de l'heureuse fondation dont nous venons de parler!

Troisième divison.

Elle comprend les monomanies causées par la perversion, l'exaltation de certains besoins, de certains instincts naturels à l'homme.

Besoins du côté de la vie de relation.

Trois grands besoins se font sentir dans cette vie: besoin d'exercer son intelligence, besoin de sensations, besoin de se mouvoir.

Besoin éprouvé par l'intelligence.

L'intelligence, qui demande à être cultivée, veut l'être de certaine manière. Si elle reçoit une mauvaise direction, elle enfantera ces productions ridicules, vraies œuvres de la monomanie.

Besoin de sensation.

Il est de remarque que les hommes blasés, qui ont abusé de leur faculté de sentir, recherchent des jouissances, des sensations qui répugneraient aux autres hommes. C'est ainsi que Caligula fait son cheval consul, que Néron fait brûler Rome au son de la lyre. Et ce livre infâme, intitulé *Justine*, n'est-il pas écrit sous l'influence d'une pareille folie? Presque toujours les individus atteints de cette maladie deviennent des monstres dont la société a beaucoup à craindre.

Besoin de mouvement.

On voit des hommes très-raisonnables du reste, qui ressentent le besoin insurmontable de courir, de briser tout, de se livrer à des mouvemens désordonnés. Quelquefois des populations entières sont prises épidémiquement de cette affection. Dans le moyen âge, régna une

épidémie de ce genre : des bandes d'hommes et de femmes formaient des cercles dans les églises, dans les rues, et dansaient jusqu'à tomber de fatigue. On s'opposait à la tympanite, ou du moins on cherchait à la prévenir en leur comprimant le ventre, et quand ils étaient revenus de leur épuisement, de leur lassitude, ils reprenaient leurs danses forcenées. La couleur rouge exaspérait cette maladie, qui succéda à la peste noire qui ravagea l'Allemagne, pays où cette singulière folie se manifesta en 1374 environ.

Cette chorée du moyen âge était singulièrement contagieuse. A la simple vue, les spectateurs étaient saisis du même mal, et les malades se comptaient par milliers. Les pauvres le contractaient les premiers. Ces malades portaient le nom de danseurs de Saint-Jean ou de Saint-Guy.

On connaît une autre maladie appelée tarentisme. Pendant plusieurs siècles elle sévit épidémiquement en Italie. Les individus mordus, ou qui croyaient l'avoir été par la tarentule, tombaient dans une tristesse dont ils ne sortaient que par la puissance de la musique. Ils désiraient voir la mer, l'eau, contraste bien frappant entre eux et les enragés. Certains demandaient à entendre des sons bruyans.

De l'instinct d'imitation.

C'est un phénomène bien remarquable que cet instinct d'imitation. Ce caractère épidémique, qu'on observe dans la chorée et le tarentisme, doit lui être attribué. On retrouve cet instinct chez l'homme dans une foule d'actes indépendans de la volonté. Ainsi, on bâille parce qu'on voit une personne bâiller; on vomit quand un individu vomit. Dans un traité sur les maladies des nerfs, Tissot dit qu'un individu imitait malgré lui les mouvemens des autres. Si on lui pressait, si on lui retenait les mains pour l'en empêcher, il se plaignait qu'on lui faisait mal au cœur, il accusait des douleurs du côté du cerveau. Pour parer à ce désagrément, à ce penchant, il était dans la nécessité de tourner le dos à la société dans laquelle il se trouvait.

Sabatier rapporte qu'aux Invalides, un pendu fut trouvé un jour dans un corridor noir; deux jours après un second y fut encore trouvé, puis un troisième, un quatrième, etc. Le sage conseil de fermer le corridor fut donné et suivi; dès lors plus de pendus. Il y a quelques années, c'était la mode de se jeter du haut en bas de la colonne Vendôme.

N° 65. — 31 Mai.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Considérations sur le diagnostic des polypes utérins et sur leur traitement. (Leçon recueillie par M. Forget, interne.)

La malade couchée au n° 14 de la salle Saint-Augustin, est affectée d'un polype utérin volumineux dont la section va être faite. Mais avant de pratiquer cette opération, je dois vous soumettre quelques considérations sur ce point important de pathologie et de thérapeutique. Je ne veux pas traiter la question des polypes utérins dans toute son extension; je ne le dois pas dans un enseignement essentiellement clinique : je n'en examinerai que les sommités dans le but de les éclairer par des faits nouveaux, ou de mieux apprécier ceux qui leur servent de base, et de combattre aussi des erreurs qui trop souvent deviennent funestes aux malades.

Il existe des polypes celluloso-vasculaires présentant ordinairement le volume de trois ou quatre têtes d'épingle réunies, qui sont souvent méconnus parce qu'on ne pratique pas le toucher méthodiquement et d'après les règles que nous avons établies. Portez le doigt au centre même de l'orifice inférieur du col, tâchez de le faire pénétrer un peu dans sa cavité sans déterminer de distension douloureuse; faites décrire à ce doigt des zônes de dedans en dehors qui resteront appliquées comme des cercles superposés jusqu'à ce qu'il ait parcouru toute la surface du col; de cette manière, les polypes muqueux dont je vous parle ne sauraient vous échapper, quelque petits qu'ils soient; et à l'appui de ces idées, mes aides vous diront qu'en suivant cette méthode, j'ai pu diagnostiquer sûrement chez une jeune femme de province soumise antérieurement à l'examen d'hommes d'ailleurs très-éclairés de la capitale, qui avaient méconnu la maladie, un polype que j'ai tout récemment opéré. Pour enlever ce polype, on le saisit avec une pince, on lui fait exécuter un mouvement léger de rotation sur son axe, et une faible traction suffit ensuite pour que l'opération soit achevée.

Je regrette la cautérisation d'abord parce qu'elle échoue souvent, ensuite parce que non moins souvent elle porte sur l'utérus une irritation d'autant plus dangereuse que l'organe est déjà congestionné et qu'une métro-péritonite peut se développer immédiatement.

Ici se présente à résoudre une question très-importante, celle de savoir si un polype muqueux existant et s'accompagnant de sub-inflammation de l'utérus on doit opérer.

Je suis pour la négative, car j'ai vu autrefois la métro-péritonite aiguë survenir parce qu'on n'avait pas suivi le précepte que j'adopte maintenant; il faudra donc préalablement éteindre la phlegmasie de l'utérus par des émolliens, des narcotiques, des saignées dérivatives; de de cette manière j'ai pu opérer un grand nombre de polypes celluloso-vasculaires sans avoir jamais vu survenir le moindre accident.

Il est encore certains cas de diagnostic dans l'histoire des polypes sur lesquels il faut que j'appelle un instant votre attention : un polype peut être renfermé dans la cavité utérine sans faire aucune saillie extérieure; le doigt indicateur porté dans le col ordinairement entr'ouvert, ne perçoit absolument rien. Il existe toutefois un développement assez considérable du corps de l'utérus; ce développement est général et ne ressemble en rien à une tumeur circonscrite sur un point des parois de l'organe que vous explorez : cet état peut dépendre d'une

hypertrophie de son tissu; est-il possible alors de diagnostiquer l'existence d'un polype? Lorsque plusieurs fois vous aurez diminué d'une manière très-notable le volume de la matrice, et, quand sans avoir cessé vos moyens de traitement, et sans que la malade ait commis des imprudences, l'utérus se tuméfiera de nouveau à plusieurs reprises; si depuis longtemps vous observez des pertes fréquentes que vous avez beaucoup de peine à faire céder, qui se suspendent pendant trois ou quatre jours pour ensuite se reproduire, prenez-y garde, il est probable que vous avez affaire à un polype; sur cinq femmes que j'ai observées qui avaient offert les phénomènes que je viens d'indiquer, j'ai constaté plus tard par le toucher, l'existence d'un polype sorti de la cavité de l'utérus ou situé dans l'intérieur du col de cet organe. Enfin cette maladie existe presque toujours lorsqu'à des époques régulières ou irrégulières plus ou moins rapprochées, les femmes ressentent des douleurs comme pour accoucher. J'ai rencontré beaucoup de cas de ce genre.

Vous observerez des pertes qui résistent à tous les moyens que vous pouvez employer contre elles. Dans ce moment même, je soigne en ville une dame chez laquelle les pertes persistent depuis dix-huit mois, sans qu'il me soit possible de les arrêter; si quelquefois elles cèdent, c'est pendant un jour seulement pour ensuite se reproduire. Chez ces femmes offrant ainsi des hémorrhagies utérines, il est arrivé, dans certains cas, qu'elles se sont suspendues définitivement sans qu'aucun accident capable d'expliquer le fait ait été ultérieurement observé du côté de l'utérus; mais le plus souvent nous avons vu ces femmes accoucher d'un polype; et enfin, comme l'a montré l'anatomie pathologique, sur une femme que vous avez vu succomber dans cet hôpital quelques jours après de nombreuses et abondantes hémorrhagies, on trouve de petites tumeurs polypeuses dans la cavité utérine lorsque les malades périssent.

La malheureuse femme que je viens de vous rappeler portait dans l'intérieur de la matrice, assez fortement hypertrophiée, sept petits polypes rouges, mous, adhérens par un pédicule très-étroit aux parois utérines, et dont le plus volumineux avait la grosseur d'un pois.

Mais continuons à nous occuper de la symptômatologie des polypes. Si, quand vous introduisez le doigt dans l'orifice dilaté de l'utérus, vous sentez une tumeur; si la pression que vous exercez sur elle de bas en haut la déplace, la soulève, c'est un polype que vous touchez.

Voici un autre cas : Vous sentez une tumeur plaquée pour ainsi dire sur un point de la circonférence interne du col, elle forme un relief de quelques lignes; quel diagnostic allez-vous porter? On vous dira que c'est un polype interstitiel, ou qu'il existe en ce point un corps fibreux. J'ignore moi complétement la nature de la tumeur. Je me rappellerai toujours, en effet, qu'il y a dix ans, je fus appelé auprès d'une malade portant une tumeur de ce genre; des consultans s'étaient déjà prononcés sur sa nature fibreuse; je ne partageai pas leur avis, parce que j'avais vu antérieurement des faits analogues que je vous signalerai bientôt. Je restai chargé de soigner cette malade; j'employai les émolliens, les narcotiques, les saignées dérivatives, le repos, et je vis la tumeur disparaître complétement et la malade recouvrer la santé.

Il est évident que nous n'avions pas affaire à un corps fibreux de l'utérus; car on sait que la nature de ces produits rend leur résolution impossible. J'avais vu, antérieurement à ce fait, des tumeurs semblables; elles étaient douloureuses au toucher; les malades, en proie à des souffrances habituelles, sentaient chaque jour leur constitution s'altérer. Partageant alors les idées généralement reçues sur ces produits morbides et sur leur incurabilité, je prescrivis les émolliens, le repos, les saignées dérivatives, puis les fondans comme moyens palliatifs. Qu'est-il arrivé? C'est qu'un grand nombre de ces tumeurs ont singulièrement diminué de volume, que beaucoup ont disparu complétement, et que d'autres enfin sont demeurées stationnaires.

De ces faits déjà nombreux que je possède, je conclus que les corps fibreux de l'utérus sont plus rares qu'on ne pense, et qu'il ne faut pas trop se hâter de porter un diagnostic que la thérapeutique peut venir infirmer, comme je vous l'ai démontré.

Si maintenant vous me demandez des explications auxquelles je ne tiens nullement, comme vous savez, et que je n'emploie qu'avec répugnance, persuadé qu'ordinairement elles ne servent qu'à jeter du vague dans les idées et à détourner l'esprit de l'observation des faits, seul moyen d'arriver à des résultats utiles, je vous répondrai que l'anatomie pathologique a appris qu'à la suite de l'accouchement il peut se former du pus dans l'épaisseur des parois de la matrice; que ce pus, comme nous l'avons démontré dernièrement en traitant des abcès par congestion, peut se concréter et former une tumeur dure, arrondie, qui disparaît progressivement par une résorption lente.

Ces tumeurs peuvent encore se développer sous l'influence d'une autre cause. Ai-je besoin de rappeler que les chirurgiens ont admis de tout temps des engorgemens simples et circonscrits à la cuisse, au bras? pourquoi des engorgemens semblables et circonscrits ne se développeraient-ils pas dans l'épaisseur de l'utérus?

Ces faits sont d'une importance extrême; car il n'est pas indifférent de croire une femme atteinte d'une maladie incurable ou d'une affection qui peut être victorieusement combattue.

Dans le doute, il faudrait se conduire comme nous l'avons fait, lors même qu'il s'agirait d'un corps fibreux: les moyens que nous avons indiqués ne seraient pas inutiles pour soulager les malades. J'ajouterai encore, à l'appui des idées que je viens d'émettre, que des femmes depuis longtemps stériles, et portant des tumeurs utérines semblables, ont pu concevoir plusieurs fois quand, par un traitement méthodique, nous eûmes dissipé ces tumeurs entièrement dans certains cas, presque entièrement dans d'autres.

Enfin, vous vous rappelez la funeste influence du choléra, qui sévit dans cet hôpital comme partout ailleurs. Nous perdîmes alors un assez grand nombre de femmes atteintes de maladies de l'utérus; nous pûmes en faire

l'anatomie pathologique; nous trouvâmes, il est vrai, quelques corps fibreux; mais bien plus souvent l'utérus se montra hypertrophié dans un point seulement, et formant ainsi une tumeur appartenant à son tissu propre.

Les engorgemens peuvent exister dans l'intérieur de la matrice ou à l'extérieur de cet organe.

Est-il des signes à l'aide desquels vous pourrez diagnostiquer le siége de la maladie dans l'un comme dans l'autre cas? Rappelez-vous que toutes les fois que la matrice renferme le produit de la conception, son col diminue progressivement de longueur à mesure que la grossesse avance, et qu'il finit par s'effacer ordinairement. Il en est de même quand l'engorgement ou la tumeur non circonscrits appartient aux corps de l'utérus, il attire les tissus de l'organe, et son col s'efface plus ou moins complétement, tandis que si la maladie n'appartient pas à la matrice, quel que soit le volume que cette maladie présente, vous sentez le col avec toute sa longueur; seulement il est un peu hypertrophié, ce qui s'explique aisément par l'état fluxionnaire où se trouve placé l'utérus. Vous comprenez tout l'intérêt qui s'attache à cette question des tumeurs intrà ou extrà utérines, surtout sous le rapport du diagnostic; on sent d'ailleurs quelquefois dans une plus ou moins grande étendue le corps de la matrice se dessiner sur la tumeur à laquelle il est juxtà posé.

Plusieurs autopsies faites à la suite du choléra, nous ont démontré l'exactitude du diagnostic que nous avait fait porter, dans les cas qui nous occupent, l'effacement du col.

Je dois vous citer, Messieurs, un dernier cas difficile de diagnostic de polypes de l'utérus. Il y a quelques années, je fus appelé rue Chabannais, auprès d'une dame qui portait, disait-on, un engorgement du corps de l'utérus; elle éprouvait de temps en temps des douleurs comme pour accoucher. Je touchai la malade, je ne sentis pas le col, qui était entièrement effacé; je portai fortement le doigt en arrière; je le ramenai en avant, je sentis un point plus saillant, j'éprouvai comme un petit resaut. Avais-je affaire à une bride ou à une hypertrophie locale ou circonscrite? Telle fut la question que je me fis. Mon doigt étant de nouveau porté en arrière, et décrivant des zônes, comme je l'ai indiqué plus haut, je sentis une espèce de dépression fort légère. Je ne pus pas d'abord parvenir à glisser mon doigt sous ses bords peu saillans, que j'appréciais assez nettement. Avais-je rencontré une bride circulaire? Mes manœuvres avaient déterminé de l'éréthisme dans l'utérus. J'attendis quelques instans et je laissai reposer la malade; je touchai de nouveau, je pressai un peu de bas en haut, je soulevai légèrement un corps étranger, et je parvins à introduire le doigt entre une tumeur et la paroi du col très-amincie, et formant le rebord en question. La malade devait avoir ses règles le lendemain, toute opération devait donc être ajournée: elles arrivèrent en effet avec une métro-péritonite qui résista à tous les moyens et qui fit succomber la malade dans les vingt-quatre heures. L'autopsie nous révéla un polype du volume du poing, qui occupait toute l'étendue de la capacite de l'utérus.

Le docteur Latapie, qui n'avait pas touché la malade, a été témoin de ce fait. La pièce d'anatomie pathologique a été montrée à ma clinique.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

Clinique de M. Rostan.

Symptômes de gastro-entérite intense dont la cessation coïncide avec l'apparition des règles.

La femme Barry, âgée de quarante-deux ans, d'une constitution médiocrement forte, mais jouissant habituellement d'une bonne santé, éprouva, dans la soirée du 4 avril, après avoir mangé du fromage blanc, des douleurs de ventre fort aiguës, des vomissemens et de la diarrhée. Ces symptômes persistant le lendemain avec la même intensité, la malade se fait transporter à l'hôpital. On lui applique, peu de temps après son entrée, 30 sangsues sur le ventre.

Le 7, à la visite du matin, la diarrhée a cessé, mais les vomissemens persistent; la malade ne peut introduire quelques cuillerées de tisane dans son estomac, sans qu'elles soient aussitôt rejetées; la douleur est très-vive dans toute la partie supérieure de l'abdomen; elle augmente par la pression, elle présente des alternatives de rémission et d'exacerbation; du reste pas de tension ni de météorisme du ventre; langue large, humide et blanchâtre. La peau est fraîche, le pouls ne présente pas de fréquence; il ne donne que 68 pulsations par minute; l'intelligence est très-nette; la tête n'est le siége d'aucune douleur; des frissons ont lieu par intervalles; quelques crampes se font sentir dans les membres inférieurs. On applique 20 nouvelles sangsues sur le ventre.

Le 8, les symptômes abdominaux persistent avec la même intensité; le pouls n'a pas augmenté de fréquence, il donne, comme la veille; 68 battemens par minute; le ventre présente du ballonnement.

Le 9, les règles sont revenues dans la nuit; les vomissemens ont cessé; il y a toujours absence de selles, mais les douleurs de ventre persistent avec un moindre degré d'intensité; la peau est toujours fraîche, le pouls normal, la langue naturelle. On applique 20 nouvelles sangsues sur l'abdomen et 10 à la vulve, on administre en même temps un lavement laxatif.

Le 10, la douleur est presque entièrement dissipée.

Le 11, toutes les fonctions sont à l'état normal. Cette femme quitte l'hôpital vers la fin d'avril.

Quelle est la lésion qui, chez cette malade, a été le point de départ des accidens observés? Y a-t-il une phlegmasie gastro-intestinale? Nous hésitons à le croire, à raison de l'absence complète de fièvre pendant tout le cours de la maladie. La peau a été constamment fraîche, le pouls ne s'est jamais élevé au-dessus

de 68 pulsations. D'ailleurs, la gastro-entérite spontanée est toujours annoncée par quelques prodrômes. Or, cette malade n'éprouvait pas le moindre malaise lorsqu'elle prit le repas à la suite duquel les accidens se manifestèrent. Nous avons cherché à savoir si quelque substance toxique n'était pas mêlée aux alimens pris par la malade; tous nos doutes à cet égard ont été dissipés lorsque nous avons appris que plusieurs personnes avaient fait usage des mêmes alimens sans ressentir aucune espèce de malaise. Ainsi, pas de cause externe à laquelle on pût rapporter la phlegmasie gastro-intestinale. Nous ne parlons pas de l'état de la langue; car on sait que de graves désordres peuvent exister dans la muqueuse gastro-intestinale sans qu'elle subisse d'altération. Nous ne saurions admettre non plus, dans ce cas, l'existence d'une péritonite : même absence de causes, même absence de prodrômes, pas de tension du ventre ni de mouvement fébrile. Enfin y avait-il, dans ce cas, un choléra sporadique, maladie beaucoup mieux connue par ses symptômes que par ses lésions. Nous serions d'autant plus porté à l'admettre, que les évacuations abondantes par haut et par bas ont marqué le début de la maladie; que des crampes sont venues se joindre aux douleurs vives dont l'abdomen était le siége, et que ces douleurs étaient peu en rapport avec le mouvement fébrile. Ces accidens auraient peut-être cédé plus promptement à l'usage des opiacés et des boissons froides, qu'à l'emploi énergique des antiphlogistiques. La convalescence eût sans doute été de plus courte durée.

Nous noterons néanmoins cette coïncidence qui a eu lieu entre l'amélioration brusque des symptômes et l'apparition du flux menstruel, dont l'écoulement a été favorisé par une application de sangsues à la vulve. Cette saignée locale était parfaitement indiquée; mais nous ne saurions approuver cette troisième application de sangsues, qui fut faite sur l'abdomen; elle ne pouvait qu'entraver le cours des règles, et elle nous paraissait impuissante contre la douleur abdominale, qui était purement nerveuse.

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

MAI 1836.

N° 19. — 7 MAI.

Mémoire sur les affections cutanées considérées comme crise, ou comme médication révulsive d'un grand nombre de maladies internes; par J. de MUYNCK, D.-M. (1)

Je ne parlerai des affections cutanées que sous le rapport de leur influence salutaire sur les maladies internes. Je les considérerai, en général, ou comme médication révulsive ou comme crises d'autres maladies. Toutefois, je n'ignore pas que, de nos jours, un grand nombre de médecins ont voulu révoquer en doute l'existence des crises; peut-être parce qu'ils n'avaient pas le talent de les prévoir, ni la sagesse de les respecter. Aussi, en manifestant ce doute, n'ont-ils pas confessé leur ignorance des lois qui régissent l'économie animale? Il est vrai que beaucoup de praticiens ne rencontrent que rarement ces crises salutaires, dans les maladies qu'ils ont à combattre; mais est-ce une raison pour les nier? non, sans doute, car ils doivent attribuer souvent la non apparition de la crise au traitement perturbateur qu'ils ont institué. En effet, si dès le principe d'une maladie quelconque, le partisan du moderne empirisme, par exemple, fait couler des flots de sang, épuise toutes les ressources de la nature, est-il étonnant que dans cette même maladie, il n'observe point ces mouvemens salutaires de la nature que lui-même, en ministre coupable, il a frappée d'impuissance? C'est donc aux atteintes qu'on porte au principe vital, qu'il faut attribuer la non apparition des crises dans un grand nombre de maladies; car si le médecin attend et obéit à la nature, tant qu'elle se suffit à elle-même, s'il la ramène dans la bonne voie quand elle est égarée, s'il modère l'impétuosité ou seconde la faiblesse de ses efforts, la crise se manifestera : elle n'aura été ni empêchée, ni retardée par l'imprudence. C'est alors qu'il observera dans les maladies, des hémorrhagies nasales, des expectorations, des sueurs, des diarrhées, des dépôts, des éruptions et des urines critiques; il verra une salivation spontanée dissiper la fièvre quarte, des hémorrhoïdes auxquelles la manie et la mélancolie doivent leur solution; une excrétion des larmes terminer l'hystéricie, etc.

La nature choisit généralement le tissu cellulaire et le tissu cutané pour opérer ses crises : c'est dans le tissu cellulaire que se forment les dépôts critiques, et c'est par le tissu cutané que la nature chasse les humeurs du centre vers la superficie, sous des formes différentes; c'est aussi dans ce tissu que s'opèrent le plus souvent les crises des maladies, en général, et c'est sous ce point de vue que les nombreuses affections de la peau méritent l'attention spéciale du praticien.

Il n'est peut-être aucun tissu, dans l'organisation humaine, qui soit le siége d'un plus grand nombre d'affections, tant aiguës que chroniques, que le tissu tégumentaire; il est souvent le siége des maladies les plus sérieuses, il en est la cause première; mais il est aussi très-souvent sympathiquement frappé dans les maladies qui attaquent les principaux viscères; or, ce rapport qui existe entre l'enveloppe tégumentaire et les organes internes est de la plus haute importance pour le médecin judicieux, dans le traitement des maladies. Que d'avantages, dans bien des circonstances, une main habile ne peut-elle pas tirer de la connaissance approfondie de ce rapport entre le tissu cutané et les organes internes? c'est le plus communément le tissu cutané que la nature choisit pour opérer ses crises, et nous observons, en outre, journellement, qu'il n'y a point de tissu dont les affections constituant une médication révulsive, joue un rôle plus important dans les maladies où des organes plus essentiels à la vie périclitent. Ce point de pratique négligé peut entraîner les conséquences les plus graves; en effet, combien de fois n'arrive-t-il pas que, dans le cours d'une maladie interne, des exanthèmes de divers caractères se déclarent et constituent ou une médication révulsive, ou une crise salutaire de la maladie primitive? Si, dans ce cas, une main imprudente tâche de combattre et de détruire cette affection salutaire, que souvent, par l'ignorance des lois vitales, on appelle complication ou épiphénomène, tandis qu'il faut la respecter comme un bienfait de la nature; la vie du malade sera compromise, et cette éruption bienfaisante d'abord, devient par l'imprudence du médecin une cause de mort pour le malade. L'art doit se borner, dans cette circonstance, à ne mettre aucune opposition au développement de l'affection cutanée, et si l'état spasmodique de la peau empêche ce mouvement salutaire, à le faciliter par l'usage des bains et de tous les moyens relâchans.

Le tissu tégumentaire tend toujours à rétablir l'équilibre. Aussi nous voyons dans l'état physiologique, que les

(1) Extrait des mémoires de la Société de médecine de Gand, tom. 1, p. 97.

individus chez lesquels la peau fonctionne activement, sont moins sujets aux infirmités que ceux chez lesquels les fonctions de la peau languissent. Et, dans l'état pathologique, quand un organe essentiel à la vie périclite, n'est-ce pas sur cette vaste surface cutanée qu'a lieu le plus souvent le conflit entre la nature et le mal? une sueur générale, copieuse, des exanthèmes divers, des fièvres éruptives sont le mode de solution des maladies le plus naturel et le plus commun.

Dans les maladies de l'enfance et de l'âge adulte, le travail curatif de la nature a généralement lieu dans le tissu cutané : la vieillesse fait exception à cette règle ; de là peut-être la gravité et l'opiniâtreté des maladies de cet âge, où le tissu cutané se fait remarquer par une invincible résistance aux efforts salutaires de la nature. Ce sont le système veineux et le système hépatique qui sont prédominans dans la vieillesse : aussi les crises par les évacuations alvines, sont plus familières à cet âge qu'à toute autre époque de la vie.

Hippocrate, qui semble ne s'être occupé des maladies cutanées, que sous le rapport de leur action révulsive et bienfaisante dans les maladies internes, Hippocrate, dis-je, et tous ceux qui ont suivi les préceptes du divin vieillard, regardaient l'apparition d'un exanthème quelconque, pendant le cours d'une maladie grave, comme un signe presque certain que la nature allait triompher du mal. En effet, n'observe-t-on pas tous les jours, que l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine bénigne, la petite-vérole, la miliaire, les diverses espèces de dartres, l'infection psorique, sont les maladies de la peau dont la nature se sert souvent comme médication révulsive, ou comme crise salutaire d'un grand nombre d'affections internes? Il est digne de remarque que les affections cutanées survenant à des maladies chroniques, sont d'un caractère chronique aussi, et que le contraire a lieu pour les maladies aiguës. Ce sont les diverses espèces de dartres que l'on voit le plus communément survenir aux maladies chroniques, et les érysipèles aux maladies aiguës. Quelle est l'intention de la nature en agissant ainsi? C'est que, dans le premier cas, elle doit provoquer une médication révulsive, longue et continue, qui est le moyen le plus énergique pour combattre les maladies chroniques, et que, dans le second cas, une simple crise lui suffit pour arriver à son but.

Il est évident d'après ce que nous venons de voir, que les maladies de la peau doivent être considérées, en général, comme autant de ressources et de moyens que la nature emploie pour débarrasser des organes plus nécessaires à la vie, et que, dans des circonstances pareilles, il faut éviter la médecine agissante; une sage expectoration doit être le seul traitement.

Je citerai à l'appui de ce que je viens d'avancer sur les affections cutanées, le passage suivant de Dumas (1). « L'affection inflammatoire décide le plus souvent une distraction critique et favorable, dans les espèces et circonstances des maladies chroniques où elle se forme spontanément, sur les parties extérieures distantes des organes qui offrent le siége de ces maladies. Ainsi le phlegmon et l'érysipèle ont quelquefois soulagé et même heureusement terminé les affections invétérées de la poitrine et du bas-ventre. Frank a reconnu qu'il y a des maladies pour lesquelles la formation de l'érysipèle est avantageuse. J'ai vu deux fois la phthisie pulmonaire, à la seconde période, cesser inopinément après qu'une inflammation érysipélateuse eut occupé la face, le cou, les épaules et le thorax. »

Loin de moi toutefois l'idée que toutes les maladies internes se guérissent infailliblement, lorsque, dans le cours de ces maladies, une affection cutanée se déclare ; je n'ignore pas qu'il n'y a rien d'exclusif dans les vues de la nature, pas plus que dans la science qui a la nature pour but. La nature, dans ses opérations, la médecine dans ses indications sont incapables d'une stabilité d'essence.

Les maladies cutanées considérées sous le rapport de leur influence salutaire sur les affections internes, jouent donc un rôle des plus importans en médecine, et provoquent naturellement la question suivante qui me paraît d'un haut intérêt pour l'art de guérir. Dans les maladies internes opiniâtres, le médecin ne pourrait-il obtenir des résultats heureux, en excitant dans le tissu cutané, une maladie artificielle, semblable autant que possible, quant à son intensité, à celle que la nature provoque ordinairement dans le but de débarrasser un organe essentiel à la vie?

Les observations que j'ai recueillies à ce sujet, me font pencher pour l'affirmative; en effet, n'est-il pas hors de doute que celui qui imite le plus les opérations de la nature médicatrice dans les maladies, est aussi celui qui compte le plus de succès dans l'art de guérir?

Les affections cutanées, en général, agissent favorablement sur la plupart des maladies internes; sous leur influence, tous les symptômes diminuent successivement d'intensité, les forces de l'individu s'accroissent, l'exercice des fonctions devient plus régulier. Les maladies organiques et les maladies chroniques, dans une période avancée, ne sont pas susceptibles d'être influencées favorablement par des affections du tissu tégumentaire, car l'action vitale, dans les maladies organiques, est incapable de corriger les vices des organes qui entretiennent ces maladies; dans les maladies chroniques, à une période avancée, l'action vitale est trop affaiblie pour qu'une réaction salutaire puisse encore avoir lieu; c'est, dit le docteur Lafont (1), dans tous ces cas d'altération et de faiblesse de l'action du principe de vie, relativement à l'augmentation et à la violence d'action des forces physiques, qu'on peut appliquer l'aperçu profond de l'oracle de Cos, lorsqu'il profère en contemplant les causes générales des maladies et des mortalités épidémiques ou endémiques, que les forces de la nature universelle l'emportent souvent sur les forces des natures particulières des êtres vivans.

(1) Dumas, Doctrine générale des maladies chroniques.

(1) Lafont, Philosophie Médicale.

Quoi qu'en général toutes les maladies, excepté toutefois celles dont nous venons de parler, puissent se juger par des affections cutanées, les maladies mentales font encore une exception à cette règle; les aliénés sont rarement atteints de maladies de la peau; on observe cependant quelquefois chez eux l'anthrax et les furoncles, qui, en se manifestant, produisent souvent une amélioration notable dans l'état intellectuel de ces malheureux. Non-seulement les affections cutanées, mais même les crises, en général, sont moins fréquentes dans les maladies qui attaquent les aliénés, que dans celles qui affectent des individus dont les facultés intellectuelles sont intactes. La réaction vitale de nos systèmes est relative à l'état où se trouvent les fonctions vitales du cerveau et du reste du système nerveux. Aussi, si nous apprécions le degré d'influence qu'exercent sur nos organes les nerfs cérébraux et ganglionnaires, nous ne serons point étonnés que la réaction soit faible et la crise rare dans les maladies où l'un ou l'autre de ces systèmes est affaibli ou perverti. Les actions du cœur, dit Lafont (1), des systèmes artériel et veineux, les efforts du système pulmonaire, des systèmes gastrique et intestinal, du système cutané et de tous les autres systèmes particuliers, ne sont que les effets immédiats des fonctions vitales et mentales du cerveau et du reste du système nerveux. L'expérience et l'observation, poursuit-il, démontrent enfin que les fortes altérations et lésions de la substance du système nerveux libre, que l'affaiblissement, la perversion ou la destruction des puissances vitales et mentales de cet organe, diminuent, altèrent, ou anéantissent constamment ces influences et ce concours.

Les individus atteints d'exanthèmes sont aussi moins sujets que les autres à être infectés du poison de la peste : un cautère ou un large vésicatoire en pleine suppuration, donne, selon les observations du baron Larrey, les mêmes résultats. Au reste, le choléra indien est venu naguère confirmer ce que j'ai avancé sur l'influence des affections cutanées : qui de nous n'a vu chez les cholériques, cette éruption difficile à caractériser, accompagnée de grande démangeaison, calmer les symptômes effrayans d'une maladie si prompte dans sa marche, si funeste dans ses résultats? Citons quelques faits.

Affection chronique des poumons, qui avait résisté à toutes les ressources de l'art, guérie par une éruption varioleuse.

Obs. I. — La fille C. D....., âgée de 22 ans, d'une constitution nerveuse et irritable, vint réclamer mes soins, le 14 mai 1834. Elle annonçait trois mois de maladie.

Au début, frisson suivi de chaleur et d'un mouvement fébrile, douleur dans la poitrine, toux sans expectoration, hémoptysie.

Dès le principe de la maladie, cette fille avait été soumise au repos et à la diète; on lui avait pratiqué trois saignées générales, et appliqué un large vésicatoire au bras gauche.

Soumise à mon examen, elle offrait l'état suivant : facies naturel, intelligence nette, le moral cependant est affecté; elle paraît avoir le pressentiment de l'issue funeste de sa maladie; langue couverte d'un enduit blanchâtre, ses bords offrent une rougeur prononcée. Le ventre ne présente rien d'anormal, les selles sont régulières. Respiration faible, douleur permanente et plus ou moins obscure dans la poitrine; le thorax est moins sonore sous les clavicules; toux fatigante, sans expectoration, particulièrement le matin et le soir; soif fréquente, inappétence, suppression des menstrues, enfin tous les symptômes rationnels d'une phthisie.

Elle n'était sujette à aucun vice de conformation.

Questionnée sur la cause de sa maladie, elle répond qu'elle ne connaît d'autre cause qu'une violente colère, à la suite de laquelle ses règles se sont supprimées, ajoutant que depuis cette époque elle ressent des douleurs dans la poitrine, accompagnées d'une toux fatigante qui lui donna une hémoptysie.

Son père mourut à l'âge de 57 ans d'une phthisie pulmonaire.

Ce groupe de symptômes m'inspira de justes craintes sur l'issue de cette maladie. Cependant me ressouvenant de ce précepte : *vias medicis in vias reperit natura, sæpius illa novum opus exorbitur, ubi conatus nostri desiére,* je ne désespérai pas.

La malade fut soumise au traitement suivant : je lui prescrivis un régime convenable, lui ordonnai une saignée générale, que je jugeai très-nécessaire; à l'intérieur, elle fit usage d'une mixture composée d'un mucilage d'extrait de ciguë, de la poudre de racine d'ipécacuanha en dose fractionnée, et de sirop de pavots blancs; elle en prit toutes les deux heures une cuillerée. Cette mixture composée d'extrait de ciguë, d'opium, et de la poudre de la racine d'ipécacuanha, en dose fractionnée, combinés ensemble et portés progressivement à des doses plus fortes, agit avec succès dans les phlegmasies thoraciques, après que les soustractions sanguines ont été faites. Que l'extrait de ciguë, dans les phlegmasies chroniques de la poitrine, administré seul, agisse plus lentement que lorsqu'il est uni aux substances mentionnées, qu'il emprunte de nouvelles propriétés ou bien une nouvelle énergie de son union avec l'opium et l'ipécacuanha, c'est l'expérience qui l'apprend : aussi j'engage les praticiens a en faire l'essai toutes les fois que les circonstances s'en présenteront.

La malade fit usage de cette mixture pendant plusieurs jours consécutifs, et sous l'influence de cette médication, la respiration commença à devenir plus libre, la toux à diminuer d'intensité, lorsque le vingt-sixième jour, à compter depuis le traitement que j'avais institué, la malade fut prise de vomissemens continuels, se plaignit de fortes douleurs aux lombes et d'un

(1) Lafont, Philosophie Médicale.

abattement général. Comme à cette époque la petite-vérole faisait quelques ravages dans notre ville, je présumai que la malade avait contracté le germe de l'épidémie régnante. J'en fis part à la famille qui, étonnée, soutint qu'elle avait été vaccinée. Cependant ce que j'avais prévu arriva ; le troisième jour apparurent à la face des boutons lenticulaires, présentant une dépression à leur centre ; la petite-vérole, quoique violente, parcourut régulièrement ses périodes, et fit disparaître, à mon grand étonnement, cet appareil formidable de symptômes essentiels, dont presque toutes les phlegmasies chroniques de la poitrine s'accompagnent.

Il y a plus d'un an qu'elle contracta la petite-vérole, et depuis cette époque on n'observe plus aucun symptôme morbide du côté de la poitrine. La respiration est devenue plus libre, la toux a totalement cessé, les menstrues apparaissent régulièrement, et elle a gagné de l'embonpoint.

Cette observation provoque la question suivante :

Si dans les familles où les maladies de poitrine et particulièrement la phthisie sont héréditaires, il ne serait pas prudent de s'abstenir de l'inoculation de la vaccine ?

Si, un membre de ces familles étant menacé de gagner une maladie de poitrine, particulièrement depuis l'âge de 16 jusqu'à 35 ans, époque de la vie où les maladies héréditaires de la poitrine font le plus communément explosion, on ne pourrait obtenir de grands avantages en lui faisant contracter la petite-vérole naturelle, ou une autre maladie de la peau qui entretiendrait dans ce tissu une irritation continue et générale, et modifierait la constitution organique de l'individu ? Il faut, dans une maladie aussi cruelle que la phthisie, qui a éludé jusqu'à ce jour toutes les ressources de l'art, tenter les moyens quels qu'ils soient. Je livre ce point de pratique à la méditation des médecins.

Douleur atroce des seins guérie par la gale.

Obs. II. — Une femme de la campagne, à l'âge de la menespausie, d'une constitution sanguine, vint réclamer mes soins pour des douleurs violentes qu'elle ressentait dans les seins, qui n'offraient cependant à l'œil de l'observateur ni rougeur, ni tumeur, ni chaleur prononcées ; l'état de ces organes paraissait naturel. Les douleurs ne se déclaraient que par intervalles et irrégulièrement. L'utérus ne présentait aucun indice d'un état pathologique quelconque. Cette femme avait été atteinte d'hémorrhoïdes fluentes, qui depuis quelque temps avaient cessé de se manifester. Supposant que la douleur des seins était sympathique, et dépendait d'un état pathologique d'un organe quelconque du bas-ventre, je lui conseillai l'application de quelques sangsues à l'anus, et lui prescrivis un léger purgatif ; cette indication fut remplie à différentes reprises ; mais pas le moindre allégement ne suivit cette médication. L'application d'un grand nombre de sangsues sur les seins, des cataplasmes de ciguë dont on enveloppait ces organes, les narcotiques à l'intérieur, longtemps continués, tout fut infructueux, les douleurs persistèrent. Enfin, désespérée de son mal, elle résolut de se confier aux seuls soins de la nature, et je la perdis de vue jusqu'au moment de la dernière entrée de l'armée française dans notre pays, époque à laquelle elle vint me consulter pour une gale dont elle était violemment infectée. Interrogée sur son affection précédente, elle répondit que ses seins n'étaient plus douloureux depuis qu'elle avait contracté la gale. Je voulus cependant tenter la guérison de cette affection cutanée ; j'y réussis, mais la disparition de la gale fut suivie de la douleur atroce des seins, douleur que je n'ai pu calmer qu'en lui faisant contracter de nouveau l'affection psorique.

Asthme convulsif guéri par une éruption psorique.

Obs. III. — Un homme, âgé de 60 ans, d'un tempérament nerveux, atteint depuis nombre d'années d'un asthme violent, contracte la gale. La respiration, à mesure que l'éruption psorique se développe, devient plus libre, et l'accès d'asthme n'a plus lieu. Consulté sur cette affection de la peau, je lui conseille de n'employer aucun moyen capable de faire disparaître cette éruption galeuse, si bienfaisante dans cette circonstance. Il suit mes conseils pendant quelques semaines, et se porte on ne peut mieux. Mais à la fin, fatigué de la forte démangeaison, il prend quelques bains froids qui répercutent la gale. Dès lors, difficulté de la respiration ; l'accès d'un asthme violent se déclare, accompagné d'une toux convulsive et de menace de suffocation. La saignée, les révulsifs, les anti-spasmodiques les plus énergiques restent sans succès. Jugeant que la reparution de la gale était le seul moyen qui pouvait sauver cet homme, je ne tardai pas à lui faire contracter une éruption nouvelle : il se servit du linge d'un galeux ; l'éruption se déclara de nouveau, et dissipa cet asthme violent. Cet homme s'est toujours bien porté depuis la reparution de la gale ; il n'emploie que quelques lotions adoucissantes pour mitiger la trop forte démangeaison.

Ces deux observations démontrent qu'il est souvent dangereux de tenter la guérison de la gale, lorsqu'avant l'infection l'individu était en butte à une maladie aiguë ou chronique qui s'amende sous l'influence de l'affection contractée. Cette irritation cutanée constitue alors une véritable révulsion dont les effets sont souvent étonnans.

Point de côté guéri par une éruption vésiculaire générale ; répercussion de cette éruption ; rechute ; guérison obtenue par la gale.

Obs. IV. — Un jeune homme, âgé de 25 ans, d'une constitution sanguine, se plaint d'un point de côté accompagné d'une fièvre intense. Une large saignée est instituée ; le malade prend les mucilagineux à l'intérieur, et observe une diète sévère. Sous l'influence de cette médication, le point de côté disparaît, et la fièvre

tombe au bout de quelques jours. Un mois après, même point de côté ; respiration gênée ; toux fatigante, hémoptysie. (Saignée de 20 onces, repos, diète absolue, mucilagineux à l'intérieur.)

Le lendemain, vingt sangsues sur le point douloureux, qui disparaît 24 heures après cette saignée locale. L'hémoptysie s'arrête, mais la toux et la fièvre résistent à toutes les ressources de l'art, lorsque deux mois après, à dater depuis sa rechute, le malade gagne une éruption vésiculaire générale accompagnée de grande démangeaison. Quelques jours après l'apparition de cette affection cutanée la fièvre et la toux diminuèrent d'intensité. Je conseillai fortement au malade de n'employer aucun moyen capable de faire disparaître cette éruption salutaire, de ne faire usage que de lotions adoucissantes pour mitiger la démangeaison, car je regardais cette éruption comme critique. Le malade suivit mes conseils pendant six semaines, et se porta très-bien pendant tout ce temps. A la fin, fatigué de la démangeaison, il consulte un médecin de la campagne, qui juge très-nécessaire de faire disparaître cette éruption bienfaisante. Il y parvient par des moyens répercussifs énergiques ; mais immédiatement après la répercussion de l'affection cutanée, la fièvre se rallume, des douleurs sourdes se font ressentir dans la poitrine, une toux sèche se déclare, et la respiration est gênée. Appelé auprès du malade, je lui conseille l'inoculation de la gale, car j'étais convaincu que l'explosion nouvelle de la maladie de poitrine avait pour cause l'imprudente répercussion de l'affection cutanée. Les craintes que lui inspire sa maladie le décident à suivre mes conseils ; il contracte la gale qui, le dixième jour de son apparition, calma les symptômes effrayans de cette affection de poitrine. Depuis cette époque, ce jeune homme continue à se bien porter ; et ne fait usage que de lotions adoucissantes pour mitiger la démangeaison.

Obs. V. — Une femme âgée de 42 ans se plaint de céphalalgie violente, continue, sans fièvre. On lui ordonne une saignée générale, on lui prescrit un purgatif ; mais ces moyens ne calment nullement la douleur. Deux jours après, application d'un grand nombre de sangsues aux tempes, mais encore sans effet. Le huitième jour de sa maladie, cette femme gagne un vaste érysipèle à la face : dès-lors cessation des douleurs de tête, et quelques jours après, guérison.

Obs. VI. — Un confrère ressent des douleurs lancinantes au genou droit. Je lui conseille l'application d'un grand nombre de sangsues sur cette partie. Il suit mon conseil. Deux jours après l'application de sangsues, un large érysipèle envahit le genou douloureux, et ce mal atroce, qui lui causait des insomnies fatigantes, disparut comme par enchantement sous l'influence de l'affection cutanée.

Lorry (1) dit avoir vu l'érysipèle suivre les affections goutteuses périodiques des vieillards, et se convertir à la fin en une dartre squameuse qui décidait un écoulement de sérosité dont la suppression ramenait toujours les attaques de goutte.

Obs. VII. — Une fille âgée de 18 ans, d'une constitution robuste, régulièrement menstruée, se plaint depuis treize mois de douleurs déchirantes à la région de l'estomac, sans fièvre ni augmentation de chaleur à la peau. Toutes les fonctions s'exécutent bien. L'application d'un grand nombre de sangsues, les cataplasmes émolliens, les bains, les narcotiques, les anti-spasmodiques, tout est infructueux ; la douleur persiste avec intensité. Tout d'un coup se déclare, sans cause connue, à la région épigastrique, une éruption difficile à caractériser. Dès lors cette douleur, qui avait résisté à tant de moyens, cessa comme par enchantement.

Obs. VIII. — Une femme âgée de 50 ans, d'une constitution débile, gagne, en 1834, le choléra asiatique, en réchappe, mais conserve une extrême irritabilité de l'estomac et des intestins ; elle a, de temps en temps, des coliques, des dévoiemens ; une soif continuelle la tourmente ; son appétit est nul ; il n'y a ni fièvre ni augmentation de chaleur à la peau. Cette femme allait tomber dans le marasme le plus complet, si la nature conservatrice ne fût venue à son secours. En effet, six semaines après son attaque de choléra, elle gagne une éruption générale à la peau : cette éruption avait beaucoup de ressemblance avec celle que l'on observait chez les convalescens du choléra indien. Dès lors cette femme se porta mieux, l'estomac et les intestins fonctionnèrent bien, ses forces s'accrurent. Elle n'employa aucun moyen qui pût faire disparaître cette éruption salutaire.

Le fait suivant publié dernièrement dans *la Feuille d'Hazebrouck* fait voir quelle grande influence les maladies exercent sur l'économie animale.

Obs. IX. — Broot, tailleur, Crenk-street, avait une petite fille de neuf ans, aveugle de naissance, et dont la figure irrégulière présentait quelque chose de rebutant. Atteinte de la petite-vérole le 19 mai dernier, cette maladie fit des progrès horribles qui laissèrent craindre pour le jour de la malade ; mais il en fut autrement ; l'enfant guérit parfaitement. Les traits grossiers de son visage ont disparu, et ont fait place à une fort jolie figure. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans cette bizarrerie, c'est que la jeune fille a recouvré la vue.

Jetons un coup d'œil rapide sur quelques affections cutanées qui, dans la généralité des cas, doivent être considérées comme des efforts salutaires de la nature, ou comme médications révulsives.

L'éruption connue sous le nom de *herpes labialis* est toujours d'un bon augure, quand elle se manifeste dans le cours d'une fièvre bilieuse, d'un choléra sporadique, d'une dysentérie, d'une péritonite, d'une pneumonie, d'une fièvre intermittente, d'une fièvre continue maligne. Celle connue sous le nom de *herpes præputialis*, que l'on doit bien se garder de confondre avec une affection vénérienne, ne guérit-elle pas ordinairement la gonorrhée bénigne? Le *prurigo pudendi muliebris*, qui survient aux femmes ordinairement à l'âge de retour, les délivre de la leucorrhée. J'ai vu un cas de métrite

(1) Lorry, *De morb. acut. et chron.*

aiguë succéder à l'imprudente répercussion de cette affection, si salutaire à cet âge.

Le prurit sénile, qui tourmente les vieillards qui ont fait un usage immodéré des spiritueux, prolonge l'existence fragile de ces individus. La guérison de cette incommodité est suivie de la mort.

Pringle observe que, dans les hôpitaux militaires, les malades sont souvent attaqués, sans causes connues, de la gale, qui constitue alors une crise des fièvres.

J'ai observé que, dans les maladies de l'estomac, une éruption herpétique au front, et dans les affections de l'utérus, une pareille éruption à l'occiput, était toujours d'un bon augure; aussi les douleurs sympathiques de l'estomac se portent au front, celles de l'utérus à l'occiput.

J'ai vu des individus affectés d'amaurose et de cataracte commençante, en être totalement guéris, après avoir contracté la teigne: on obtient quelquefois le même résultat, en frictionnant la région syncipitale avec le tartre stibié. Les amauroses causées par suppression spontanée de la teigne, ne sont pas rares.

On observe, chez les grands buveurs, les lèvres et le nez généralement très-développés, par suite d'une maladie particulière de ces parties; le médecin doit respecter cette hideuse affection, car sa disparition entraîne le plus souvent des vices organiques de l'estomac et du foie, dont la terminaison est toujours funeste.

La ceinture, ou *feu de Saint-Antoine*, est ordinairement critique, quand elle succède à une affection viscérale de l'abdomen, ou aux douleurs chroniques de la poitrine, suite d'une affection aiguë des poumons. Comme l'érysipèle, le zona survient quelquefois après de fortes passions. Schwartz (1) a vu, trois fois, le zona se déclarer après un violent accès de colère. Plenck (2) a observé deux fois le même phénomène; il l'a vu se déclarer après un grand excès de bière. Dans des circonstances pareilles le zona doit être regardé comme une crise salutaire.

Le millet, ou éruption miliaire, si fréquent chez les femmes en couches, et chez les personnes atteintes de fièvres graves, doit être regardé comme critique et permet d'espérer, lorsqu'il attaque les parties inférieures de préférence aux supérieures: l'observation et l'expérience l'attestent. Si l'éruption miliaire devient quelquefois funeste, c'est par suite du traitement même, comme l'observent Dehaën et Sydenham, qui dit: *licet suâ sponte non nunquam ingruant, sæpius tamen lecti calore et cardiacis extorquentur.*

Hippocrate, dont le traitement dans les maladies fébriles était loin d'être excitant, fait une ou deux fois mention, dans ses ouvrages, de l'éruption miliaire, notamment dans le second livre des épidémies (section 3), où il dit que, dans les étés chauds et secs, les fièvres se terminent souvent par des sueurs critiques, et qu'au 7e, 8e, 9e jour, une éruption miliaire survient et continue jusqu'à l'entière terminaison de la fièvre. Cette éruption constitue alors une véritable crise. Dans son livre des pronostics, il parle aussi des sueurs miliaires critiques.

L'érysipèle, ou une dartre se manifestant aux extrémités inférieures chez les individus atteints d'une maladie de poitrine, sont toujours d'un bon augure. J'ai observé plusieurs fois que, sous l'influence de l'une ou de l'autre de ces affections, l'oppression et la toux diminuaient d'intensité. Aussi je préfère, dans les maladies chroniques de la poitrine, l'application des vésicatoires, quand l'indication l'exige, plutôt aux extrémités inférieures que sur toute autre partie du corps. Il existe une sympathie intime entre les organes pulmonaires et les extrémités inférieures. Dans toutes les maladies de poitrine, des douleurs lancinantes aux extrémités inférieures dénotent la gravité du mal; et dans la phthisie pulmonaire, quand le malade commence à se plaindre de ces douleurs, on peut pronostiquer avec certitude qu'il touche de bien près à sa fin.

Il est digne de remarque que les organes de la respiration proprement dits sympathisent avec les extrémités inférieures, tandis que le cœur et les gros vaisseaux sympathisent avec les supérieures. L'angine de poitrine et plusieurs autres maladies du centre de la circulation le prouvent jusqu'à l'évidence.

D'après ce que nous venons de voir, je crois qu'on peut établir en principe général, que toute affection de la peau se manifestant pendant le cours d'une maladie interne, est le jugement de cette maladie. Les principes de M. Broussais n'étant pas favorables à la doctrine des crises, ses nombreux adeptes ne manqueront pas d'objecter que, pour qu'une affection de la peau puisse guérir une maladie interne, il faut que l'irritation produite par l'affection cutanée soit plus intense que l'irritation morbide interne.

Cette objection paraît d'abord avoir quelque fondement, puisqu'il est reconnu que, lorsqu'une irritation se guérit par une irritation, la dernière surpasse toujours en intensité la première. Mais je dois dire que je suis loin d'attribuer l'effet salutaire d'une éruption quelconque se déclarant dans le cours d'une maladie interne, au déplacement de l'irritation: car, lorsqu'on voit une légère efflorescence aux lèvres faire cesser une phlegmasie intense interne; une diarrhée mettre un terme aux inflammations du cerveau, des articulations; une salivation spontanée dissiper une fièvre quarte; une excrétion des larmes terminer l'hystéricie, peut-on dire que ce soit le résultat d'une irritation plus forte que celle dont elle est la suite? je ne le pense pas; ce sont des irradiations d'un mouvement fluxionnaire faisant irruption sur une partie éloignée de l'organe primitivement malade. Ces mouvemens fluxionnaires sont rarement accompagnés d'un état inflammatoire; aussi on voit le plus souvent que les éruptions critiques se déclarent subitement, sans douleur préalable, quelquefois même sans que le malade s'en aperçoive, surtout dans les maladies aiguës; car, dans les maladies chroniques, ces mouvemens fluxionnaires, pour avoir un

(1) *Schwartz, dissert. de zona serpigin* (*Halœ*, 1745).
(2) *Plenck, de Charb. cutan.*

résultat heureux, doivent être continus, énergiques ; il faut qu'ils constituent une véritable crise révulsive qui imprime d'autres sensations, d'autres stimulations; qui, en se communiquant au système nerveux de la partie malade, agisse en changeant le mode d'être, en détruisant la souffrance contractée. Les maladies aiguës internes s'amendant sous l'influence d'une affection cutanée, quelque peu intense qu'elle soit, cet effet salutaire ne peut certes être attribué au déplacement de l'irritation ; car, dans ces maladies, l'irritation morbide interne surpasse toujours de beaucoup l'irritation cutanée ; d'ailleurs, je demande avec M. Andral si c'est l'irritation légère de la peau pendant le travail de la sueur qui déplacera l'irritation bien autrement intense qui existe dans un poumon enflammé ? Un violent érysipèle produirait à peine un pareil effet.

Au reste, je n'ignore pas que si les maladies de la peau sont souvent critiques, et si elles produisent comme telles la guérison de plusieurs maladies internes, elles ne sont souvent que le symptôme d'une autre maladie, le signe d'un vice interne. Ces affections cutanées n'entrent point dans la classe de celles dont il s'agit ici. Je n'ai voulu parler que des maladies de la peau dépendant d'aucun vice interne, et survenant spontanément à d'autres affections. Mon but a été de faire voir qu'il est toujours dangereux de tenter la répercussion ou la guérison des affections cutanées se déclarant pendant le cours d'une maladie interne ; car, dans la généralité des cas, elles constituent ou une médication révulsive, ou une crise qui ramène à l'état normal.

Je n'ai dit peut-être rien de neuf; cette doctrine se trouve dans les écrits du vieillard de Cos, que je prends toujours pour guide dans l'exercice de ma profession; car je dois dire, avec le médecin Leclerc, que je me crois aussi fort avec lui que l'illustre Montesquieu se croyait fort quand il avait pour lui les Romains.

Chute sur le périnée ; empalement par un éclat de bois ; introduction dans la vessie d'une portion détachée ; guérison prompte de la plaie sans abcès et sans fistule ; formation d'une pierre autour du morceau de bois ; lithotripsie ; écrasement et extraction du noyau ligneux ; guérison (1). Observation communiquée par M. Leroy d'Étiole.

Bary (Alphonse-Louis), âgé de 29 ans, maçon, rue du faubourg Saint-Martin, n° 26, né à Versailles (Seine-et-Oise), marié, forte constitution, n'avait jamais eu d'accidens du côté des voies urinaires jusqu'au commencement du mois de mai 1835, époque à laquelle, un échafaudage sur lequel il travaillait s'étant écroulé, il tomba à cheval sur une planche qui offrait des aspérités. Un éclat ayant pénétré au milieu de l'espace compris entre la tubérosité ischiatique du côté droit et l'anus, y resta implanté. Le blessé le retira lui-même non sans beaucoup de peine ; et il pensa qu'aucun corps étranger n'était resté dans la plaie. Après l'accident, il urina du sang ; une douleur vive dans la région hypogastrique, accompagnée de difficulté d'uriner, se fit sentir; elle céda à une application de sangsues. La plaie se cicatrisa au bout de cinq ou six jours ; le repos fut gardé pendant une quinzaine, et Bary put reprendre ses travaux. Il n'a jamais remarqué que de l'urine soit sortie par la plaie, ni pendant, ni après l'extraction du corps étranger. Depuis ce moment, toutes les fois qu'il urinait ou qu'il se baissait, il éprouvait au gland une sorte de tiraillement : cette sensation douloureuse augmentait par le travail.

18 juin. Le malade est entré à l'Hôtel-Dieu. Une douleur assez vive existait le long de l'urètre et surtout à l'extrémité, au moment de l'émission de l'urine; le canal était dur au toucher; il offrait la sensation d'une corde tendue. On pensa qu'il existait une inflammation chronique due à la chute que le malade avait faite, car il n'avait fait connaître qu'imparfaitement les détails ci dessus mentionnés. Des sangsues, au nombre de vingt à trente chaque fois, furent appliquées à diverses reprises, et toujours elles amenèrent un soulagement momentané. Des bains furent administrés pendant cinq semaines presque tous les jours; on prescrivit la tisane de graine de lin.

24 Juillet. Ne voyant pas d'amélioration, l'on conçut des doutes sur la nature de l'affection, et le cathétérisme fit reconnaître un calcul. M. Leroy diagnostiqua un diamètre de 18 lignes au moins. Le 30 juillet, une sonde en gomme élastique, d'un assez fort volume, a été placée dix minutes ou un quart d'heure pendant quatre jours ; chaque fois, un léger rétrécissement se rencontrait à 2 pouces du gland.

2 août. Un grain d'extrait d'opium fut donné, ainsi qu'un lavement simple pour vider le rectum.

3. Ainsi préparé, le malade est placé sur le lit rectangle, la tête soutenue par des oreillers, le périnée saillant sur le bord du lit, les cuisses et les jambes pliées et assurées dans cette position au moyen de pantoufles immobiles qui reçoivent les pieds ; un étau à tige mobile est fixé à la bande transversale du lit, et peut s'élever ou s'abaisser à volonté ; il sert à maintenir l'instrument au moment de la percussion.

M. Leroy, après avoir injecté de l'eau tiède dans la vessie jusqu'à ce que le besoin d'uriner se fasse sentir, introduit l'instrument à percussion de M. Heurteloup, auquel une vis de pression, à main, s'adapte à volonté. Le calcul est saisi avec assez de facilité; son volume, déjà constaté, est reconnu par la pression seule avec la main ; il diminue d'abord de trois lignes. On retire l'instrument, dont les dents sont encroûtées d'une matière blanche, assez molle, semblable à du mortier, et qui appartient évidemment à un calcul. Après un repos de quelques instans, on introduit un nouvel instrument de la même forme. On emploie la vis de pression

(1) Recueillie sous la dictée de M. Piédagnel, médecin, conjointement avec M. Jadioux, dans la salle dans laquelle était placé le malade à l'Hôtel-Dieu.

et à deux reprises le marteau, jusqu'à ce que les deux branches recourbées de l'instrument soient en contact. L'opérateur cherche alors à retirer le percuteur, il n'y parvient que difficilement ; il ne peut franchir le col de la vessie. L'instrument serait-il faussé ? Cependant l'effort de la percussion n'a pas été très-considérable. Les parois de la vessie seraient-elles saisies ? Mais des mouvemens peuvent s'exécuter dans tous les sens. Un corps se trouve-t-il engagé dans l'instrument ? Mais les deux branches sont rapprochées. Enfin quelques tentatives bien ménagées permettent de le retirer ; il amène quelques débris du calcul, et de plus un morceau de bois qui est chargé transversalement, et qui explique la résistance ; il offre à peu près 8 lignes de longueur sur 4 de largeur ; il est assez inégal.

En questionnant le malade, on apprend les circonstances de sa chute, et on peut expliquer facilement le développement de ce calcul. L'existence d'une cicatrice au périnée ne laisse point de doute sur la narration du malade, toute extraordinaire qu'elle est. La séance a duré 8 à 10 minutes ; la deuxième partie de l'opération a causé seule des douleurs. Immédiatement après un bain est administré, et facilite la sortie des débris du calcul.

4. Le malade a rendu depuis 24 heures un grand nombre de débris, parmi lesquels les uns sont de la grosseur d'une lentille, les autres ressemblent à du mortier ; les plus gros sont irréguliers, anguleux et présentent une surface externe, mamelonnée, et une interne, concave et blanchâtre. Ils paraissent appartenir à une enveloppe calcaire d'une ligne d'épaisseur.

Douleurs très-vives le long du canal au moment de leur passage ; envies d'uriner fréquentes ; lassitude du malade qui n'a pu dormir ; pas de réaction fébrile. (Tisane de graine de lin, chiendent nitré, bain, trois soupes.)

Etat d'inquiétude et de souffrances continuelles. Point de sommeil. Langue un peu blanche. Persistance de l'appétit. Mouvement fébrile assez prononcé. Un quart de portion ; 30 sangsues au périnée ; bain de siége ; trois demi-lavemens émolliens ; bouillons ; soupe ; tisane de graine de lin.

8. Le malade va beaucoup mieux ; les sangsues ont fait disparaître la douleur du canal et du périnée. Encore un peu de cuisson lorsqu'il rend quelques fragmens. Il a reposé cette nuit. Il peut rester au lit, ce qu'il n'a pu faire jusqu'à présent. L'urine, qui était rouge, est plus claire, plus limpide. (Même traitement, excepté les sangsues.)

9. Continuation du mieux ; l'inflammation du canal est dissipée ; son diamètre est moins rétréci ; les fragmens peuvent s'échapper plus facilement. Peu de mucosités. (Bain de siége ; quart de portion.)

10. Bien-être assez prononcé ; aucune douleur, si ce n'est lorsque le malade urine. Les débris rendus sont nombreux et plus petits que ceux d'hier. Les envies d'uriner sont moins fréquentes. Nuit bonne ; sommeil. (Demi-bain.)

11. Plus de douleurs ; encore quelques petits calculs. Urine peu abondante. Sommeil, appétit bon. (Demi-portion.)

12. Le malade se trouve très-bien ; il a rendu deux fragmens assez volumineux en sortant du bain. (Demi-bain.)

L'amélioration persiste jusqu'au 19 ; des débris de pierre continuent à s'échapper ; il ne se manifeste pas d'autre phénomène remarquable, qu'une démangeaison vive et persistante à l'extrémité du gland.

19. Deuxième séance. Cette fois le malade est couché sur un lit ordinaire, la percussion ne devant pas être employée. L'opérateur, placé à la droite, ne peut introduire une algalie en argent de volume médiocre. Un obstacle se fait sentir vers le commencement de la portion membraneuse du canal. Pour le surmonter on emploie une algalie en gomme élastique sans mandrin ; elle parvient dans la vessie avec facilité. De l'eau tiède est alors injectée jusqu'à ce que le malade éprouve le besoin d'uriner. On substitue ensuite l'instrument à percussion de M. Heurteloup, auquel M. Leroy adapte son compresseur à double effet. Le calcul reconnu est saisi et écrasé avec la plus grande facilité par le rapprochement des branches, à l'aide des doigts seulement ; puis on ajoute l'effort du compresseur, jusqu'à ce que l'instrument soit presque complément fermé ; mais lorsque l'on veut le retirer, il est arrêté au col de la vessie, et malgré des tractions assez fortes et bien ménagées, il ne peut le franchir. L'opérateur pense qu'un morceau de bois saisi par les branches du percuteur est placé en travers ; à plusieurs reprises il le lâche, le reprend, l'écrase, toujours même insuccès pour l'extraction ; enfin il finit par le lâcher, et retire l'instrument fermé, entre les dents duquel il se trouve des débris de calcul et quelques parcelles de bois mâché. Cette séance, qui a duré au moins dix minutes, a été assez douloureuse au moment des tentatives exercées pour extraire l'instrument.

Une heure après l'opération, des débris de calcul plus volumineux que ceux déjà sortis se sont échappés au nombre de six à huit ; ils sont anguleux, irréguliers, et présentent la même conformation que les premiers ; leur face externe est mamelonnée, feuillée, et ressemble assez bien à la croûte du levain. Le malade a rendu aussi une assez grande quantité de graviers beaucoup plus petits. Urines très-abondantes ; envies d'uriner fréquentes ; cuisson le long du canal et au gland. Anxiété très-grande ; le décubitus dans le lit n'est pas possible ; pas de sommeil la nuit ; cependant pas de mouvement fébrile. Le malade a pris ce matin un bain qui l'a un peu calmé. (Deux bains de siége ; un grand bain ; lavemens émolliens ; bouillons ; tisane de graine de lin.)

21. Débris calculeux moins volumineux que ceux d'hier ; cuisson le long du canal moins vive. Le malade se trouve mieux. Anxiété moins grande. Les bains ont donné du soulagement. (Même traitement qu'hier ; un quart.)

22. août. Hier au soir il est sorti un fragment très-volumineux de forme triangulaire ; il offre au moins un demi-pouce dans son plus grand diamètre. On a peine

à concevoir qu'il ait pu franchir le canal; poussé seulement par les urines, il a été accompagné d'émission de sang. Depuis ce moment, douleur plus vive dans la partie, anxiété, sommeil impossible, ainsi que le décubitus. Un calcul qui était engagé ce matin dans le canal et ne pouvait sortir, a été refoulé avec une sonde jusque dans la vessie. (Un quart; deux bains de siége; demi-lavement.)

23. Mieux sensible; le malade a reposé cette nuit; douleur le long du canal; un fragment assez gros a été rendu, ainsi qu'une grande quantité de matières qui ressemblent à des mucosités auxquelles on aurait ajouté du pus; elles ne sont pas liées comme les précédentes. (Un demi-bain; un demi-lavement.)

1er septembre. Bary a été broyé à cinq reprises différentes, et les manœuvres ont été suspendues dès qu'elles sont devenues douloureuses; une injection préalable et une après la séance ont été pratiquées; celle-ci a procuré l'issue de fragmens, l'un d'eux a 3 lignes de large sur 3 lignes de haut. Il est sorti de plus un éclat de bois pointu dont une extrémité est récemment cassée. Le malade n'a éprouvé de douleur que lorsqu'il a rendu le calcul.

5. Nouvelle lithotritie dont la durée a été de sept à huit minutes. On a eu quelque peine à charger les fragmens du calcul, et ce n'est qu'au bout de quelques instans de manœuvre qu'on est parvenu à saisir un fragment assez petit qui comprenait dans son épaisseur quelques fibres de bois. L'instrument n'a rapporté que fort peu de matière, et dans la nuit le malade en a rendu une petite quantité mêlée à quelques légers fragmens ligneux. (Bain.)

8. Le malade éprouve de la douleur, depuis sa dernière opération, dans le canal, au pubis, aux deux aînes et au périnée. (Trente sangsues; deux bains de siége; quart de portion.)

15. Hier l'instrument a été introduit à trois reprises; chaque fois on chargeait un corps que l'on soupçonnait être du bois; mais aussitôt que l'on arrivait au col de la vessie et qu'on imprimait une légère traction, le malade éprouvait des douleurs si vives que l'opérateur était obligé de lâcher prise. Enfin, la troisième fois, on saisit le fragment de bois dans sa direction longitudinale, et l'on parvint ainsi à lui faire parcourir tout l'urètre et à le retirer. Ce fragment, qui paraît provenir d'un bois fort dur, a un pouce et demi de longueur; il est assez volumineux. On y voit une surface qui indique manifestement qu'il appartient à un autre fragment tout aussi gros et aussi long que lui.

18. On introduit l'instrument à deux reprises différentes, sans pouvoir retirer le morceau de bois qui reste encore dans la vessie. Le malade a éprouvé d'assez vives douleurs. (Bain.)

11 octobre. Introduction du brise-pierre, précédée d'une injection dans la vessie. Après quelques manœuvres, extraction d'un morceau de bois d'un pouce de longueur, à fibres séparées par un écrasement ancien, car dans leurs intervalles il s'est fait de nouvelles incrustations calcaires. L'instrument l'avait saisi dans le sens de sa longueur, aussi l'extraction a été facile. Le peu de manœuvres nécessaires pour charger ce morceau de bois dans la vessie, ont déterminé de la douleur et puis des spasmes qui se sont terminés par quelques mouvemens convulsifs et un état nerveux général. Le malade dit que ces crises le prenaient assez souvent avant sa maladie calculeuse. Une potion antispasmodique et un bain de siége dissipent rapidement cet état.

13. Appréhensions très-grandes du malade au moment de la nouvelle séance. Le percuteur courbe introduit, on peut très-bien sentir avec lui un reste de calcul dans la vessie. Après quelques douces manœuvres, le même état nerveux se manifeste. On retire l'instrument chargé d'un fragment de bois mince, long d'un pouce au moins, et saisi par l'une de ses extrémités. (Bain de siége.)

15. Nouvelle tentative pour casser des portions de calculs. Un morceau de bois a été saisi, mais des accidens nerveux étant survenus, il a fallu le lâcher. Dans la journée quelques portions de calculs ont été expulsées. (Bain.)

19. Introduction des instrumens. Douleur pendant les manœuvres. Commencement de crises nerveuses. On retire un petit morceau de bois long d'un pouce, du diamètre d'une ligne, offrant des incrustations calcaires à l'une de ses extrémités. Après l'extraction, crise nerveuse; elle s'est apaisée sous l'influence d'une potion et d'un bain.

24. Nouvelle séance; l'instrument introduit saisit, après quelques manœuvres, un corps étranger assez volumineux; mais comme il a été pris en travers, on a été obligé de le relâcher aux environs du col. Après quelques nouvelles manœuvres, on l'a chargé de nouveau, et on l'amène sans difficulté au dehors. C'était un morceau de bois d'un pouce et demi de longueur, du diamètre presque du petit doigt, a fibres ligneuses, séparées les unes des autres probablement par la contusion de l'instrument, et offrant, dans leurs intervalles, des incrustations calcaires. Il avait été chargé par l'une de ses extrémités. Crise nerveuse moins intense que les précédentes. (Bain; trois quarts.)

28. M. Leroy a trouvé avec la sonde un fragment dans l'urètre, au voisinage du col; pensant que l'effort de l'urine dont l'émission n'était point empêchée, pourrait l'amener plus près du méat urinaire, il en ajourna l'extraction: en effet, dans la journée, ce fragment continua de cheminer dans le canal. Le soir, un morceau de bois se montrait au méat urinaire, et le malade, en le saisissant avec ses ongles, put l'amener au dehors. Il avait comme le précédent un pouce et demi de long, et un diamètre de quatre lignes environ; il était aplati par l'écrasement.

4. Le malade est bien, on ne trouve plus rien dans la vessie. Exeat.

La difficulté qu'avait éprouvée M. Leroy pour extraire d'abord, puis pour lâcher les fragmens de bois mâchés par l'instrument et engagés entre ses dents, le conduisit à imaginer une disposition particulière du brise-pierre qui permettait, au moyen d'une tige termi-

uée par un crochet mobile indépendante des branches du percuteur, soit de repousser les fibres ligneuses écrasées, soit de les attirer dans l'instrument, pour continuer, sur toute la longueur de l'éclat de bois, l'aplatissement et la trituration. Par ce moyen les fibres ligneuses séparées et aplaties comme la chenevotte, pouvaient ensuite parcourir l'urètre sans difficulté, amenées par la pince.

Le calcul était formé de phosphate de chaux, d'ammoniaque et de magnésie, de beaucoup de mucus animal, et d'un peu d'acide rosacique.

Réflexions ajoutées par M. Leroy.

Bien de choses, dans le fait qui vient d'être rapporté, sont dignes de remarque : la manière dont l'éclat de bois a pénétré dans la vessie, la promptitude avec laquelle s'est cicatrisée la plaie du périnée, sans donner lieu à un abcès ou une fistule urinaire ; le peu de temps que le fragment de bois a mis à se recouvrir d'une masse considérable de matière lithique, la trituration et l'extraction d'un éclat aussi volumineux, sont autant de circonstances notables. L'existence de certains corps étrangers au centre des calculs est généralement regardée comme un empêchement à la lithotripsie ; un éclat de bois dur semblerait devoir être rangé dans cette catégorie, si ce fait ne venait prouver encore combien il est difficile d'assigner des limites à la lithotripsie. Mais de ce que l'opération a réussi, s'ensuit-il qu'elle devait être préférée ? Je suis loin d'en tirer cette conséquence ; la longueur du traitement, les difficultés dont les manœuvres ont été accompagnées, la douleur qu'elles ont parfois occasionnée, les petits accidens inflammatoires auxquels a donné lieu l'opération, peuvent bien produire quelques doutes à cet égard dans l'esprit ; pour ma part, si j'avais pu connaître l'existence d'un noyau ligneux d'un tel volume avant d'entreprendre la lithotripsie, j'aurais certainement préféré la taille. Maintenant que la tentative a été couronnée de succès, et surtout depuis l'invention d'un instrument approprié à ce cas, je serais peut-être plus indécis, et pour me déterminer j'aurais égard à l'état de santé du malade et à l'état de la vessie. L'instrument dont je me suis servi en dernier lieu pour l'écrasement et l'extraction des fragmens de bois, est un percuteur dont la branche mâle ou mobile et creusée d'une gouttière qui donne passage à une tige terminée par un crochet, lequel, ainsi que l'a dit la personne qui a recueilli l'observation, peut servir à tirer dans la cavité de l'instrument le corps fibreux, à mesure que les mors de l'instrument le contondent et le divisent ; ou bien à le dégager d'entre ces mors, lorsque l'on veut extraire l'instrument sans le corps étranger.

N° 20. — 14 Mai.

OPHTHALMOLOGIE.

Conférences cliniques et théoriques d'ophthalmologie de M. Sichel, recueillies et publiées par Al. Grandboulogne, D.-M. P.

Élève de M. Sichel, nous pensons rendre un véritable service aux amis de la science, en reproduisant ici les parties principales de son enseignement ; on retrouvera dans ce travail sinon l'ophthalmologie tout entière, au moins tout ce qui peut provoquer le désir de connaître, tout ce qui peut intéresser vivement, tout ce que les affections des yeux renferment de plus remarquable et de plus digne d'observation.

Le principal caractère de l'enseignement de M. Sichel consiste dans une grande justesse d'idées, un esprit méthodique et philosophique, une précision remarquable et surtout une application constante de la pathologie des yeux à la pathologie générale ; ainsi qu'il l'a déclaré lui-même dans son mémoire sur l'ophthalmie rhumatismale, M. Sichel tient à montrer quelle est la dignité de l'ophthalmologie. Tous ses efforts ont pour but d'éclairer cette science et de « lui faire reprendre en France le rang qu'elle mérite parmi les parties de l'art de guérir ; en France sa première patrie, où elle a été créée par les Saint-Yves, les Janin, les Maître-Jan, et où elle n'a été injustement négligée, sans doute, que parce qu'on en a méconnu la véritable portée et qu'on l'a confondue avec ce qu'on appelle d'ordinaire une *spécialité* médicale, nom qui ne saurait la bien désigner puisque, loin de s'occuper exclusivement des affections chirurgicales ou médicales de certains organes, elle embrasse au contraire en entier le vaste champ de la nosologie et de la thérapeutique médico-chirurgicales. » (*Mémoire sur l'ophthalmie rhumatismale, p.* 21.)

Elève et ancien chef de clinique du professeur Jæger de Vienne, M. Sichel appartient à l'école ophthalmologique fondée par l'illustre Beer. Mais plusieurs principes que l'on pouvait contester comme appuyés sur des bases illusoires, ont, grace à ses travaux, acquis une force et une certitude désormais incontestables. De même que l'école allemande, M. Sichel, outre l'inflammation simple, admet la phlegmasie développée sous l'influence de causes spéciales ; mais, loin de croire à la série interminable d'ophthalmies (nous entendons par ophthalmie l'inflammation d'une ou plusieurs parties de l'œil) imaginées par Beer et ses disciples, il les réduit à quelques chefs principaux autour desquels viennent se grouper toutes les variétés composant le cadre nosologique de l'ophthalmologie. Nous verrons plus tard sur quel ensemble de preuves s'appuient ces principes qu'ici nous ne faisons qu'indiquer.

Existe-t-il des ophthalmies spéciales ou spécifiques ? En France et surtout dans notre école, le scepticisme médical est poussé si loin, que la plupart des vérités ne peuvent se faire jour dans la science qu'à travers des

difficultés infinies. L'ophthalmologie en est un exemple des plus frappans; il n'est pas de critique plus amère que celle que nous entendons chaque jour dans la bouche de nos maîtres au sujet des travaux des pathologistes allemands, sur les affections de l'œil et de ses dépendances. On sait qu'une doctrine célèbre a tenté chez nous de renverser les idées de nos devanciers sur toutes les affections dites spécifiques, telles que scrophules, rhumatisme, arthritis, syphilis, etc. Bien qu'aujourd'hui on échappe singulièrement à l'influence de cette doctrine, il est certain que ces noms effarouchent encore la plupart de ceux qui, chez nous, font loi dans la science; et je ne doute pas que l'épithète de scrophuleuse, arthritique et rhumatismale, jointe au nom générique ophthalmie, n'ait porté, dans notre école, un préjudice très-grave à la pathologie des yeux. Si nous avions le loisir de discuter ici les causes de cet étrange préjugé, il nous serait facile de prouver qu'elles tiennent à une grande absence de logique et de philosophie, ou mieux encore, à un éloignement inconcevable pour les idées abstraites. On ne veut admettre que les choses qui frappent les regards, ce qui veut dire en d'autres termes que l'on se borne actuellement à l'observation brutale. Voyez les travaux récens de nos physiologistes, ou bien encore ceux de la plupart des pathologistes modernes : ils nous apprennent comment se contracte l'œsophage, le mécanisme du vomissement, le jeu de la fibre musculaire, la couleur du chyle, sa composition chimique, l'espace de temps qui s'écoule entre sa formation et l'ingestion des alimens dans le tube digestif; ils nous apprennent encore la forme, le volume et le nombre des tubercules renfermés dans un poumon, la couleur et la consistance du squirrhe, l'anatomie fine d'une tumeur; mais des propriétés vitales et de leurs altérations, à peine quelques mots. Que si un pathologiste malencontreux, après avoir attentivement observé un groupe de symptômes, une série de faits paraissant intimement liés, crée à leur sujet une abstraction, et rappelle cet ensemble par un seul mot, tel que rhumatisme, goutte, scrophule, ceux qui ne voient partout que surexcitation vasculaire et congestion sanguine, lui adressent aussitôt cette interpellation étrange; mais cet être que vous appelez rhumatisme, l'avez-vous vu? En vérité ne pourrait on leur demander s'ils ont vu l'attraction, l'affinité, etc.? Je ne veux pas pousser plus loin ces considérations, quoiqu'elles se rattachent singulièrement à la question des ophthalmies. Nous tenons en effet à prouver qu'il existe des ophthalmies scrophuleuses, catarrhales, rhumatismales, etc.; or, il faut avant tout que nos lecteurs sachent bien que nous n'attachons à ces termes aucune signification d'êtres matériels. Pour nous l'affection scrophuleuse n'est qu'une manière d'être de l'économie, de même l'affection rhumatismale, de même l'arthritis, etc.; et nous devons ajouter que ces noms nous importent peu, pourvu cependant qu'ils soient remplacés par des expressions auxquelles se rattachent les mêmes idees.

Mais il ne suffit pas de supposer admise l'existence des affections arthritiques, rhumatismales, scrophuleuses, il faut prouver que les yeux subissent leur influence, il faut prouver qu'il est à cet égard une méthode de diagnostic appuyée sur de solides bases; car la plupart de nos pathologistes traitent de chimères les prétentions de l'école ophthalmologique de Vienne. Or, comment arriver à la vérité? par l'observation et le raisonnement.

Prenons pour exemple la conjonctive et ses inflammations. Si l'observation nous démontre qu'entre deux affections de ce genre il existe des différences relatives à la forme, la marche, la durée et le traitement, ne devons nous pas conclure que ce sont là deux maladies différentes, et non pas deux degrés de la même affection? Que si, poussant plus loin nos investigations, nous reconnaissons que chacune de ces ophthalmies coïncide presque constamment avec un certain état général, ou bien encore avec certaines influences extérieures, certaines causes morbides dont un examen attentif nous démontre l'existence, ne sera-ce pas une raison presque suffisante pour leur affecter à chacune une dénomination spéciale ou caractéristique? Que conclurons-nous enfin, si les agens thérapeutiques employés en vertu du diagnostic que nous aurons établi, produisent les résultats que notre raisonnement attendait; et si de semblables observations se répètent, non pas vingt fois, non pas cent fois, mais plus de mille fois, ne devons-nous pas admettre qu'il existe au moins deux espèces de conjonctivite. Eh bien! c'est ainsi que l'on a constaté l'existence des ophthalmies spécifiques; c'est ainsi que les pathologistes allemands ont fondé cette importante vérité. Mais l'école de Vienne n'a pas tout observé; elle a exagéré l'importance de certains faits, négligé d'en indiquer d'autres; elle a surtout singulièrement grossi le nombre des ophthalmies. Aussi M. Sichel a-t-il imposé de justes limites à leur nomenclature. Quoi qu'il en soit, la théorie subsiste, et l'on ne peut en reprocher aux Allemands qu'une application exagérée. Comme eux, M. Sichel établit en principe qu'à certaines formes, certains symptômes, il est possible de reconnaître la nature des ophthalmies; c'est de leur diagnostic différentiel que nous allons maintenant nous occuper; mais avant tout il convient d'exposer et d'établir leur classification.

De la classification des ophthalmies. « Il serait utile qu'on parvînt, pour la nosologie médicale, à fonder un système semblable à celui qui est généralement adopté en histoire naturelle. Un tel système, qui exclut la définition des maladies et n'en admet que la description, serait basé sur tous les caractères réunis de chaque maladie. (Mémoire cité.) » Eh bien! à ce sujet, nous ferons une sérieuse réflexion; c'est qu'en pathologie comme dans toutes les sciences naturelles, les nosologistes marchent constamment entre deux écueils qu'il est important de signaler. Ces deux écueils résultent nécessairement du double travail intellectuel qui préside toujours aux classifications. Généraliser et spécifier, tel est le but de tous les observateurs qui s'efforcent de grouper les faits et de les rassembler pour ainsi dire en fa-

mille. Les uns, doués d'une grande faculté de généraliser, mais dépourvus de cette religieuse patience si nécessaire à celui qui interroge la nature, ramènent tous les individus à un si petit nombre de types, que les genres et les espèces étant presque complétement méconnus, à peine reconnaissent-ils quelques grandes familles dans lesquelles viennent se ranger une multitude d'êtres qu'un œil véritablement observateur n'aurait jamais confondus. Les autres, au contraire, armés d'un microscope physique *ou moral*, observent tous les faits à un immense grossissement ; aucune circonstance ne leur échappe ; habiles à distinguer des caractères nouveaux, ils multiplient à l'infini les genres et les espèces, et finissent par reconnaître autant de types que d'individualités. Combien de pathologistes tombent dans l'un ou l'autre de ces extrêmes, et quelle force de logique est nécessaire pour savoir complétement les éviter ! Dans notre école où les doctrines dites physiologiques ont pris naissance, on méconnaît singulièrement les espèces ; et les nosologistes s'exercent à reduire à quelques types toutes les individualités pathologiques. L'école de Vienne, au contraire, attache à l'étude de la spécialité une importance extrême. Pour nos pathologistes, la plupart des ophthalmies ne sont que des variétés de la même affection ; pour l'école de Vienne, suivie par la plupart des ophthalmologistes allemands, chaque signe extérieur, chaque symptôme suffisent pour signaler une ophthalmie spéciale ou spécifique ; de telle sorte que leur diagnostic différentiel étant fondé sur des caractères plus ou moins fugitifs, et surtout singulièrement disséminés, leur classification est souvent illusoire, et leur appréciation toujours d'une difficulté extrême. Evitant ce double écueil, M. Sichel n'a ni trop généralisé, ni trop spécifié. Dans le principe, de même que la plupart des pathologistes de Vienne, il reconnut que les formes des ophthalmies pouvaient varier à l'infini ; mais loin d'admettre aussitôt toutes les espèces reconnues avant lui, il examina avec une scrupuleuse attention si, parmi ces affections si nombreuses, plusieurs n'appartenaient pas à un seul et même type. Il remarqua bientôt que les divisions et subdivisions établies par les auteurs tenaient quelquefois à leur inexpérience, et souvent à leur tendance à considérer comme cause ce qui n'était qu'une simple coïncidence. Ainsi l'on avait admis l'ophthalmie dartreuse, plusieurs ophthalmies psoriques, sept ou huit espèces d'ophthalmies scrophuleuses, etc. ; et cela sur la foi de simples commémoratifs unis à quelques signes peu essentiels et peu caractéristiques. A force d'observer, M. Sichel ayant reconnu la source de l'erreur, son principal but fut désormais de fixer rigoureusement les causes auxquelles peuvent se rapporter toutes les ophthalmies spéciales, et de rechercher les caractères principaux auxquels on peut les reconnaître. Il vit que la muqueuse oculaire était fréquemment affectée sous l'influence des causes qui président au développement des inflammations catarrhales ; que la fibreuse participait souvent aux affections rhumatismales ; il vit la muqueuse et la fibreuse s'enflammer à la fois chez les individus arthritiques, et cette phlegmasie résister aux agens de guérison avec la même opiniâtreté que les inflammations goutteuses ; il vit des ophthalmies fréquentes se développer chez les sujets lymphatiques, se présenter avec des périodes nombreuses d'accroissement et de déclin, disparaître quelques jours, et se renouveler avec une ténacité remarquable. Il reconnut encore que les congestions abdominales n'étaient pas étrangères à l'état pléthorique d'une ou plusieurs membranes entrant dans la composition de l'œil. Ce n'est pas tout, l'observation l'amena bientôt à découvrir que l'inflammation d'une ou de plusieurs parties de l'œil ne subissait pas toujours l'influence d'une cause unique ; que la disposition rhumatismale pouvait exister en même temps que la diathèse scrophuleuse, d'où résultait une véritable combinaison de trois élémens morbifiques, inflammation, rhumatisme, scrophule. Dès-lors, les discussions établies entre les divers ophthalmologues furent admirablement éclairées. En effet, tel auteur ayant à décrire une ophthalmie spéciale combinée, la catarrho-scrophuleuse, par exemple, accordait à la scrophuleuse des caractères qui appartiennent essentiellement à la catarrhale, et *vice versâ*. De là des contestations interminables, et une obscurité fâcheuse jetée sur l'histoire des ophthalmies, avec les principes de M. Sichel. De semblables erreurs sont désormais impossibles. En effet, chaque ophthalmie spéciale se composant : 1° de l'élément inflammatoire ; 2° d'une ou plusieurs causes particulières susceptibles d'imprimer à la phlegmasie une modification quelconque ; étant ensuite donnés des caractères physiques auxquels ces causes particulières ne peuvent être méconnues, on doit constamment arriver à un diagnostic certain.

Nombre et nomenclature des causes spéciales auxquelles se rapportent les ophthalmies. M. Sichel admet six causes spéciales de l'ophthalmie, catarrhale, scrophuleuse, rhumatismale, arthritique, abdominale, syphylitique. C'est dans l'histoire particulière de chacune de ces ophthalmies que nous prouverons l'existence réelle des causes qu'ici nous ne faisons qu'indiquer.

De leur diagnostic différentiel. Mais il ne suffit pas de proclamer l'existence de ces causes, il faut encore apprendre à les reconnaître à quelques caractères siégeant sur l'organe affecté. En effet, quoique dans la grande majorité des cas la préexistence des causes spécifiques puisse être assez bien établie, on ne peut nier que les commémoratifs ne manquent quelquefois ; et cela ne doit pas nous surprendre. Exemple : le rhumatisme qui sévit particulièrement sur les membranes fibreuses, attaque primitivement tantôt l'articulation du genou, tantôt celle du coude, tantôt le péricarde ; et pourquoi la fibreuse oculaire ne serait-elle jamais elle-même primitivement affectée ? En nous apprenant à reconnaître à des signes physiques l'influence rhumatismale, arthritique ou catarrhale, M. Sichel rendait un véritable service à la science.

Celui qui pour la première fois jette un regard sur les malades qui se présentent à une consultation ophthalmologique, ne voit que des yeux enflammés ; rougeur de la conjonctive, injection plus ou moins confluente des vaisseaux qui la parcourent ; ulcère de la

cornée, décoloration de l'iris, photophobie, sécrétion muqueuse, tels sont les seuls caractères qui provoquent d'abord son attention. Étonné de la confusion qui semble régner dans ces nombreuses affections, s'il observe avec application et persévérance, s'il interroge tous les symptômes avec détails, s'il étudie la forme, la direction, la couleur des vaisseaux, il remarquera bientôt qu'entre deux injections il existe souvent des différences notables. Ainsi tantôt la conjonctive tout entière paraîtra rouge, tuméfiée, parcourue par des vaisseaux peu flexueux, prenant naissance sur la paupière et se terminant à quelque distance de la cornée; tantôt certaines parties, quelquefois les deux tiers du globe oculaire, conserveront leur aspect normal, tandis que l'on remarquera dans le reste de son étendue, une ou plusieurs plaques triangulaires, d'un rouge-foncé, et surmontées de pustules jaunâtres; quelquefois la cornée paraîtra entourée d'une auréole de vaisseaux roses rectilignes, sans anastomoses; d'autres conjonctives seront parcourues par des vaisseaux rouges, bleuâtres, gros, variqueux, souvent repliés sur eux-mêmes, et formant à quelque distance de la cornée un cercle caractéristique; aidé de l'expérience du maître l'élève reconnaîtra bientôt que chacune de ces formes se reproduit plus particulièrement chez certains individus, sous l'influence de certaines causes, et avec un corollaire de symptômes à peu près constans; comparant ensuite l'administration des divers moyens thérapeutiques, il en verra modifier l'emploi avec chaque espèce d'ophthalmie; antiphlogistiques d'une part, de l'autre agens spéciaux ou spécifiques, quelquefois modificateurs de l'économie tout entière, mais toujours indiqués par certains signes, certains symptômes qu'il est impossible de méconnaître; et dès-lors il sera initié aux *mystères de l'ophthalmologie*. Nous allons voir maintenant combien ces mystères sont faciles à pénétrer.

On doit, dit M. Sichel, distinguer en pathologie deux espèces de symptômes. Les uns se rattachent « quel-» quefois à des altérations organiques qui deviennent » apparentes, d'autres fois à des lésions fonctionnelles, » qui sont en rapport direct avec des altérations or-» ganiques. Il les appelle symptômes objectifs. Les au-» tres ne consistent qu'en certaines sensations plus ou » moins obscures que ressent le malade, et que le mé-» decin n'a aucun moyen d'apprécier, ce sont les symp-» tômes sujectifs. » (Mémoire sur l'ophthalmie rhumatismale, p. 8.) Partant de cette vérité incontestable, que plus une maladie a des symptômes objectifs, plus le diagnostic est clair et positif, il s'est efforcé de reconnaître, s'il était possible, abstraction fait des commémoratifs et sans adresser une question au malade, de diagnostiquer la nature d'une ophthalmie. Or, parmi les caractères appartenant à ce genre d'affection, un surtout a singulièrement frappé son attention; ce caractère est relatif à la forme, la couleur et la direction de l'injection vasculaire. A part quelques indications peu importantes que l'on retrouve dans Beer, Wardrop, Weller, cet ordre de phénomènes avait complétement échappé aux yeux des observateurs. Il faut excepter le célèbre ophthalmologiste Jungken, qui par des caractères spéciaux relatifs aussi à l'injection vasculaire, est arrivé à peu près aux mêmes résultats. Mais l'antériorité appartenant à M. Sichel, on peut donc le considérer comme le véritable créateur de l'ingénieuse méthode que nous allons développer avec quelques détails. Cependant gardons-nous de croire que là seulement nous devions puiser des caractères pathognomoniques; nous verrons bientôt que, de la nature des ulcères de la cornée, de la forme de la pupille, de la couleur de l'iris, etc., résultent pour le diagnostic plusieurs données que l'on ne peut négliger. Mais nous avons dit que nous tenions surtout à reproduire ici ce qui caractérise particulièrement l'enseignement de M. Sichel. En conséquence nous allons établir le diagnostic différentiel des ophthalmies, en prenant pour base les caractères du lacis vasculaire; passant ensuite à l'histoire particulière et complète de chacune de ces ophthalmies, nous en indiquerons tous les symptômes, nous bornant alors à désigner par un mot caractéristique l'injection déjà décrite; nous éviterons ainsi de longues descriptions et surtout des répétitions fastidieuses.

Des différentes formes d'injections.

Injections appartenant à l'ophthalmie catarrhale. — Dans le principe, vaisseaux parallèles, bien distincts prenant naissance au niveau du cartilage tarse, marchant directement vers le globe oculaire, en laisant entre eux des intervalles dans lesquels on n'aperçoit point de rougeur, franchissant les paupières et se terminant en bifurcations fines à quelque distance de la cornée. Plus tard ceux de ces vaisseaux qui, par leur situation, correspondent au cartilage tarse, se confondent, de sorte que dans ce point, la conjonctive se couvre d'un pointillé ou mieux encore d'un velouté rouge carmin; entre ce pointillé rouge et la partie inférieure de la paupière, il existe constamment une surface moins injectée présentant une couleur rouge-pâle jaunâtre. Telle est l'injection à laquelle nous donnons le nom de catarrhale; elle se forme graduellement, de sorte que, dans son plus léger degré, elle est simplement constituée par quelques vaisseaux situés au niveau du cartilage tarse.

Injection appartenant à l'ophthalmie dite scrophuleuse. Etat normal de quelques parties de la conjonctive; en un ou plusieurs points de cette membrane, plaque triangulaire d'un rouge vermillon foncé, quelquefois pourpre, formée par des vaisseaux un peu gros, disposés parallèlement et en faisceaux anastomosés, et présentant la terminaison la plus fine du côté de la paupière. La base de ce triangle touche la cornée, et paraît, dans un grand nombre de cas, surmontée d'une pustule jaunâtre qui se change presque toujours en une véritable ulcération superficielle. Le plus souvent cette injection commence par une très-petite surface rougeâtre affectant déjà une forme triangulaire.

Injection rhumatismale. La sclérotique surtout en est le siége. Vaisseaux dont la couleur peut varier depuis le carmin pâle jusqu'au rouge vermillon, rectilignes, dis-

posés parallèlement et sans anastomoses, formant autour de la cornée une véritable auréole de rayons, dont la base touche cette membrane, et dont la pointe très-déliée se termine finement à deux et même trois lignes sur la sclérotique. Au-dessus de cette injection sclérotieale la conjonctive présente aussi quelques vascularités, affectant à peu près les mêmes caractères ; ces vaisseaux, cependant, sont plus gros, un peu flexueux, un peu anastomosés, et, par leur couleur, se rapprochent davantage du rouge cinabre un peu jaunâtre. Mais cette injection conjonctivale ne se manifeste presque jamais dans le principe.

Injection arthritique. Elle siége à la fois sur la conjonctive et la sclérotique. Injection conjonctivale commençant à un quart de ligne de la cornée, formée par des vaisseaux irréguliers, d'un rouge livide, souvent anastomosés, et s'arrêtant à quelque distance des paupières. Injection de la sclérotique affectant jusqu'à un certain point le caractère rhumatismal, mais composée de vaisseaux moins parallèles, d'un diamètre plus large, commençant à un quart de ligne de la cornée, de sorte qu'il existe autour de cette membrane un espace libre formé par un cercle bleuâtre auquel les auteurs ont donné le nom de cercle arthritique.

Injection abdominale. Cette injection, qui coïncide presque constamment avec une affection de la choroïde, se rapporte beaucoup plus à l'état congestif de cette dernière membrane qu'à une véritable phlegmasie conjonctivale ; nous allons néanmoins en indiquer les principaux caractères. Troncs vasculaires d'un rouge foncé, tortueux, dilatés et comme variqueux, commençant à la circonférence de la conjonctive sclérotieale, s'arrêtant à quelque distance de la cornée, en se divisant en deux branches qui s'écartent à angle droit. Ces branches tantôt s'arrêtent brusquement, tantôt se rapprochent de celles qui appartiennent aux troncs voisins, forment avec elles des anastomoses, et décrivent ainsi un cercle ou une partie de cercle qu'il est impossible de méconnaître.

Tels sont les caractères vasculaires auxquels on peut, dans la grande majorité des cas, reconnaître toutes les ophthalmies spéciales, abstraction faite d'une seule, l'ophthalmie syphilitique. Celle-ci siégeant particulièrement sur l'iris, nous ne pouvons puiser ses symptômes pathognomoniques dans la forme ou la couleur de l'injection ; c'est donc en parlant des iritis que nous indiquerons à quels signes on reconnaît l'influence du virus syphilitique. Ceux de nos lecteurs qui voudront consulter le mémoire de M. Sichel sur l'ophthalmie rhumatismale, remarqueront peut-être dans la description des injections, quelques nuances légères, quelques différences d'une importance tout à fait secondaire. On observera d'ailleurs qu'il n'existe aucune contradiction, mais plutôt des modifications peu sensibles, tenant à ce que nous n'avons exposé dans cette description que les caractères les plus importans, et ceux que nous avons nous-mêmes parfaitement constatés. Maintenant on nous demandera peut-être quel est le lien qui unit telle forme d'injection à telle cause spéciale. Cette question est bien difficile à résoudre. Cependant, ainsi que le fait observer M. Sichel, « cette injection et les autres phénomènes présentés par les différentes ophthalmies, trouveront probablement leur explication : 1° dans les vaisseaux que presque chaque membrane reçoit d'un tronc différent ; 2° dans les rapports de structure et de fonctions des diverses membranes avec certains systèmes et organes ; 3° en ce que certaines membranes et parties de l'œil réputées simples, parce qu'elles sont peu connues anatomiquement et physiologiquement, ont probablement une texture très-complexe. C'est ainsi que les variétés des formes de la pupille dans les iritis combinées, reposent vraisemblablement sur la structure composée de l'iris. »

Au reste, peu nous importe l'explication : nous constatons un fait, et dès aujourd'hui nous appelons nos lecteurs à le vérifier. Cet appel sera probablement entendu, surtout si l'on veut bien se souvenir que M. Sichel professe au milieu d'un nombreux concours de malades. Là chaque principe, chaque idée médicale s'appuie aussitôt sur une masse considérable de faits ; en quelques mois l'ophthalmologie tout entière se déroule aux regards de l'élève observateur, qui trouve là un champ fertile à exploiter et une riche moisson à recueillir.

Tous les principes fondamentaux sur lesquels est établie la science de l'ophthalmologie ayant été exposés dans les considérations qui précèdent, nous allons faire rapidement l'histoire particulière de chaque ophthalmie spéciale. On a dû remarquer que nous n'avions rien dit encore des inflammations simples observées sur une ou plusieurs parties de l'œil. Dans l'impossibilité où nous sommes de reproduire ici le cours entier de M. Sichel, nous préférons à ce sujet renvoyer nos lecteurs à Beer, Weller, au Dictionnaire chirurgical de Samuel Cooper, etc., dans lesquels on retrouvera tout ce que cette partie de l'ophthalmologie renferme d'important à connaître.

1° *Ophthalmie catarrhale.* Cette affection est essentiellement constituée par l'inflammation de la conjonctive palpébrale, s'étendant, dans l'immense majorité des cas, jusqu'à la conjonctive sclérotieale. Ses signes caractéristiques sont : 1° injection catarrhale ; 2° sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, apercevable surtout le matin, parce que pendant la nuit le mucus se rend au grand angle de l'œil, où il se concrète et apparaît sous la forme de petites écailles ou croûtes jaunâtres peu adhérentes ; 3° démangeaisons et même sentiment de cuisson assez pénible ; 4° exaspération le soir de tous les symptômes. Tels sont les signes auxquels l'ophthalmie catarrhale ne peut être méconnue. Partant de son plus léger degré, qui consiste en une simple rougeur un peu vive siégeant sur la conjonctive palpébrale au niveau du cartilage tarse, on arrive, par un grand nombre d'intermédiaires, jusqu'à la redoutable ophthalmie blennorrhagique. C'est ainsi que la cuisson peut être très-incommode, l'injection très-confluente, le velouté dont nous avons parlé plus haut passer à la granulation, et de la granulation à de véritables fongosités assez volumineuses pour former l'ectropion et menacer constamment le malade de la blennorrhagie conjonctivale.

Quelquefois les vaisseaux acquièrent un volume assez considérable; les malades éprouvent alors une sensation qu'ils rapportent en général à un petit corps étranger introduit sous les paupières; assez souvent la conjonctive elle-même s'infiltre, se boursouffle, s'élève au-dessus du niveau de la cornée, et forme autour de cette membrane un anneau en relief auquel on a donné le nom de chémosis, symptôme beaucoup moins redoutable que ne l'ont écrit la plupart des ophthalmologistes. Il faut d'ailleurs savoir distinguer le chémosis séreux du chémosis véritablement inflammatoire : celui-ci n'est pas sans danger; on le reconnaît à un afflux considérable de sang dans les vaisseaux de la conjonctive et à un sentiment de chaleur excessive véritablement douloureux. Le premier, qui consiste dans une simple infiltration séreuse de la conjonctive, disparaît avec une promptitude et une facilité merveilleuses.

La photophobie, symptôme indiqué par Weller comme appartenant à l'ophthalmie catarrhale, ne se manifeste que chez les individus très-irritables et quand il y a congestion rétinienne, ou bien encore la lorsque sclérotite est imminente.

Le larmoiement ne se manifeste qu'à de longs intervalles, à moins que l'ophthalmie n'ayant persisté très-longtemps, l'inflammation ne produise le boursouflement et l'obstruction du canal nasal ou des points lacrymaux. Mais il est un signe qui n'est mentionné dans aucun auteur, et sur lequel M. Sichel a souvent appelé notre attention. Beaucoup d'individus affectés d'ophthalmie catarrhale se plaignent d'un trouble de la vision qui se manifeste surtout le soir, trouble si notable que, dans un assez grand nombre de circonstances, on a pu le confondre avec une véritable héméralopie. On conçoit combien il est important de se garantir de cette erreur, puisque ces deux affections présentent, quant au pronostic et aux moyens de traitement, des différences énormes. L'une est un commencement d'amaurose, maladie toujours très-redoutable, l'autre est une légère phlegmasie qu'un traitement convenable fait presque aussitôt disparaître.

L'ophthalmie catarrhale arrive en général assez vite à sa terminaison; cependant on ne peut en fixer la durée; elle disparaît souvent par les seuls efforts de la nature, à moins que ses causes ne persistent; alors elle passe à l'état chronique, et les granulations dont nous avons parlé plus haut se développent. Les premières de ces granulations siégent constamment sur la partie de la conjonctive qui tapisse le cartilage tarse; plus tard elles envahissent toute la conjonctive palpébrale, irritent le globe oculaire, entretiennent la phlegmasie, renversent la paupière en dehors, et produisent quelquefois l'ophthalmie blennorrhagique. Ainsi nous reconnaissons à cette inflammation trois modes de terminaison ou de transformation, 1° résolution; 2° état chronique et granulations; 3° blennorrhagie conjonctivale.

Weller prétend que l'ophthalmie catarrhale chronique produit fréquemment une érosion des commissures et des angles des paupières, et par suite un ectropion. Ce phénomène s'observe surtout chez les vieillards et les sujets cachectiques; mais ce que Weller n'a pas indiqué, c'est qu'il ne se manifeste dans la plupart des cas que sous l'influence d'une disposition lymphatique ou scrofuleuse.

Etiologie. Les causes de cette ophthalmie sont les mêmes qui produisent le coryza, la bronchite, en un mot les phlegmasies catarrhales. On sait que les fosses nasales forment véritablement la continuation des voies respiratoires, de même que la bouche termine supérieurement les voies digestives. Or, la muqueuse oculaire unie par des rapports anatomiques au système muqueux qui appartient plus particulièrement aux organes de la respiration, doit participer et participe en effet à la plupart des phlegmasies qui affectent si souvent la muqueuse pulmonaire. Ainsi la scarlatine, la variole, la rougeole, qui s'accompagnent presque constamment de rhume et de coryza, donnent souvent naissance à l'ophthalmie catarrhale. A ces dernières causes, si nous joignons une température froide et humide, des vêtemens trop légers, l'humidité des extrémités inférieures, les courans d'air et surtout une grande disposition aux rhumes et au coryza, nous aurons l'étiologie à peu près complète de l'ophthalmie dont nous traçons l'histoire. Nous pouvons affirmer que, sept fois sur huit, la préexistence d'une de ces causes pourra être constatée. C'est donc avec raison que l'on a donné à l'ensemble des symptômes que nous venons de décrire le nom d'ophthalmie catarrhale, et que M. Sichel a donné à l'injection qui la caractérise une dénomination semblable.

Traitement. Par le traitement autant que par les symptômes, l'ophthalmie catarrhale se présente avec des circonstances particulières qui la caractérisent. De toutes les affections inflammatoires qui siégent sur une ou plusieurs parties de l'œil, c'est la seule qui ne doive être attaquée par les antiphlogistiques. Éloignement des causes répercussives et révulsives, telle est la base du traitement. On conseillera donc au malade des vêtemens chauds, quelques sudorifiques, un ou deux purgatifs, et un collyre d'acétate de plomb (1 gr. pour 1 once d'eau distillée, avec addition de 6 ou 12 goutt. de laudanum de Sydenham). On instille de ce collyre 2 gouttes, 4 fois par jour, dans l'angle externe des paupières. Plus tard on emploie, de la même manière, le collyre de sulfate de zinc ou de cuivre (1 ou 2 grains pour une once d'eau distillée), la pommade ou le collyre de nitrate d'argent si l'ophthalmie est chronique ou marche avec une extrême lenteur. (Collyre : nitrate d'argent, 1 grain, eau distillée, 1 once. Toujours 2 gouttes dans l'œil 4 fois par jour. Pommade : cérat demi gros, nitrate d'argent 1 grain, sous-acétate de plomb liquide, 6 ou 10 gouttes. On prend de cette pommade gros comme la tête d'une épingle, on l'étend avec douceur sur le bord libre des paupières, et cela trois fois par jour.) Il ne faut pas oublier qu'aucun de ces moyens ne doit être employé d'une manière empirique. Le médecin en surveillera constamment les effets. Il aura toujours pour pierre de touche la surexcitation ou la diminution de la plegmasie. Il devra donc passer quel-

quefois d'un collyre très-astringent à un collyre plus faible, abandonner les excitans pour revenir aux antiphlogistiques, et cela aussitôt que l'état de l'œil semblera l'exiger.

Si l'on est appelé à traiter une phlegmasie alors que les granulations sont déjà développées, on touchera avec un crayon de sulfate de cuivre. Si le sulfate de cuivre ne suffit pas, on aura recours au crayon de nitrate d'argent; il faut avoir soin, après chaque cautérisation d'essuyer doucement avec un pinceau trempé dans l'huile. Cette cautérisation sera renouvelée plus ou moins souvent, suivant le degré de l'irritation qui en est constamment la suite. En général, on peut y revenir tous les quatre ou cinq jours; si les granulations ne cèdent pas on les excise.

Tel est, en abrégé, le traitement de l'ophthalmie catarrhale. Nous ne pouvons affirmer que dans la grande majorité des cas, on peut ainsi fixer le terme moyen de cette affection à huit jours; bénéfice énorme, si l'on considère que l'ophthalmie catarrhale la plus légère, abandonnée aux seules forces de la nature, excède presque constamment ce terme, et persiste quelquefois des mois entiers. Souvent nous avons vu des malades affectés d'ophthalmies catarrhales persistant depuis longtemps, malgré les saignées nombreuses, les vésicatoires, et les bains de pieds multipliés, mais chez lesquels le traitement topique avait été négligé. Eh bien! ces malades soumis aux moyens thérapeutiques que nous avons indiqués plus haut, marchaient en quelques jours à une guérison complète.

Mais la conjonctive catarrhale n'arrive pas toujours à une terminaison heureuse; quelquefois, et surtout lorsque les granulations étant développées, la phlegmasie conserve un caractère aigu, la sécrétion muqueuse devient tout à coup plus abondante, la conjonctive se boursouffle, l'injection vasculaire se resserre et paraît confluente, le chémosis inflammatoire se manifeste : alors apparaît la redoutable ophthalmie blennorrhagique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Observation sur la xérophthalmie (ξηρος, sec, οφθαλμος, *œil*), *ou le xérosis;* recueillie dans le service chirurgical du professeur Velpeau, à la Charité; par M. Amable Cade, ex-aide-anatomiste à la Faculté de Montpellier.

Au milieu des nombreuses maladies des yeux qui forment habituellement une section importante dans le service du professeur Velpeau, il s'en est offert une qui mérite de fixer d'autant plus l'intérêt des médecins, qu'à peine mentionnée dans quelques ouvrages anglais et allemands, elle n'a été décrite jusqu'ici par aucun ophthalmo-pathologiste français. Le seul écrit qui, à ma connaissance, en ait donné une histoire assez détaillée, est une thèse qui a été soutenue récemment par M. Dupré, à la Faculté de médecine de Paris, sous le titre : *Essai sur le xérosis de la conjonctive* (4 février 1836, n° 21). C'est donc dans l'unique but d'appeler l'attention des praticiens sur une maladie si peu connue en France est si rebelle jusqu'ici aux ressources thérapeutiques, que je publie l'observation suivante.

Obs. — Au n° 3 de la salle Sainte-Vierge est couché le nommé Jacques Claude, âgé de 23 ans, vigneron, doué d'une constitution robuste, sur laquelle se dessinent néanmoins quelques traits de diathèse scrophuleuse. S'il faut s'en rapporter à sa bonne foi, il ne se serait jamais exposé à recevoir les fâcheuses atteintes de la syphilis. Il y a un an que, sans cause appréciable, il fut pris à l'œil droit d'une ophthalmie aiguë que nous croyions avoir été de nature catarrho-strumeuse, pour les raisons que nous exposerons plus bas. Quelques jours après, il vit survenir, au niveau de l'échancrure sus-orbitaire, une tumeur inflammatoire du volume d'une noisette, qui soulevant la paupière supérieure, ne tarda pas à abcéder et à donner spontanément issue par sa surface oculaire à une suppuration abondante.

A cet écoulement purulent succédèrent des douleurs sourdes occupant le voisinage de l'apophyse orbitaire externe, une diminution graduelle de la vue et de la sécrétion lacrymale, et enfin une sécheresse complète de la face antérieure du globe oculaire. Pendant tout ce temps de sa maladie, il a été soumis, sans aucune apparence de succès, à l'usage des antiphlogistiques, des révulsifs et de quelques collyres dont nous ignorons la composition.

Entré à l'hôpital de la Charité le 31 mars 1836, le malade, après un mûr examen, nous a présenté les phénomènes suivans.

OEil droit. Quoique les paupières jouissent d'une certaine mobilité, la supérieure n'est pas susceptible d'un mouvement d'élévation aussi étendu que celle du côté gauche, d'où résulte une légère blépharoptose. Tant que l'œil reste ouvert, les cils conservent leur direction normale; mais aussitôt que les paupières tendent à se rapprocher, il s'opère sur le milieu du bord palpébral inférieur un entropion ou introversion qui détermine nécessairement un trichiasis partiel. Ce renversement interne de la paupière inférieure et des cils paraît dépendre ici d'une légère rétraction du cartilage tarse, augmentée, pendant le rapprochement des bords palpébraux, par la contraction du muscle orbiculaire. Les orifices des glandes de Meibomius et le point lacrymal inférieur sont complétement oblitérés. La caroncule lacrymale, d'un rose mat, moins volumineuse et plus granulée que celle du côté gauche, est logée dans une espèce de sinus triangulaire formé par un vaste pli de la conjonctive. Celle-ci, légèrement injectée en haut, d'un blanc terne et entièrement sèche, offre à chaque commissure des brides verticales qui semblent saillir et se multiplier en raison des efforts que fait le malade pour imprimer aux paupières le plus grand écartement possible; et lorsque le globe oculaire est fortement porté en dedans, le segment interne de la cornée se trouve recouvert d'un de ces replis comme d'une membrane clignotante. Le phénomène inverse s'observe lorsque l'œil tend à se cacher sous l'angle externe des paupières. La cornée, transparente, de forme ovalaire dans le sens de son diamètre transversal, est recouverte comme d'une

pellicule pulvérulente, sèche, inégalement opaque, à travers l'épaisseur de laquelle on distingue néanmoins, comme à travers un nuage, l'iris et la pupille, qui n'offrent d'anormal qu'un peu moins de contractilité sous l'influence des rayons lumineux. Cette cornée est plus sèche, plus nébuleuse dans ses trois quarts supérieurs que dans son quart inférieur, dont le plus d'humidité et de transparence dépend de ce que, constamment recouvert par la paupière supérieure, il est ainsi mis à l'abri de l'impression de l'air et autres agens extérieurs. En un mot, vous croiriez voir de prime-abord l'œil sec, terne et flétri d'un cadavre exposé depuis deux jours à l'action de l'air atmosphérique, avec cette seule différence que la cornée affaissée, déprimée chez l'homme qui a cessé de vivre, conserve chez notre malade tout le plein de sa sphéricité.

La vision et la sensibilité ont considérablement perdu de leur énergie primitive; les objets ne sont aperçus qu'à travers l'épaisseur d'un brouillard, et ce n'est qu'en s'humectant l'œil avec un liquide quelconque, que le malade voit leurs formes se dessiner d'une manière moins confuse et plus distincte. La cornée peut supporter sans douleur et presque sans incommodité le contact du doigt promené sur sa surface, et l'instillation d'une solution de cinq grains de nitrate d'argent dans une once d'eau distillée n'a pu déterminer que la sensation presque imperceptible d'un picotement, d'une démangeaison. Toute sécrétion liquide a cessé pour cet œil, qui ne s'humecte pas même sous l'impression irritante des pellicules d'ognon introduites entre les paupières. Les sens correspondans de l'odorat, de l'ouïe et du goût remplissent régulièrement leurs fonctions respectives.

OEil gauche. De prime-abord, il paraît parfaitement sain et étranger à toute influence sympathique de l'œil malade. Cependant, lorsqu'on l'examine de près et avec attention, l'on aperçoit, à quelques taches noirâtres dont est parsemée la surface de l'iris, que cette membrane a dû être dans le temps le siége d'une phlegmasie plus ou moins intense. Aussi le malade nous a-t-il avoué que, dans la période la plus aiguë de son ophthalmie catarrho-strumeuse, il avait ressenti par contre-coup du côté gauche de la photophobie, du larmoiement et quelques douleurs gravatives dans le globe de l'œil et la région frontale externe. Aujourd'hui, l'œil et les diverses parties qui en dépendent jouissent de la régularité de leurs fonctions relatives. A l'exception de l'appareil sécrétoire qui a perdu un peu de son activité première, au rapport du malade, la sensibilité est intacte, et le contact du doigt sur la cornée détermine une augmentation de larmes et une espèce de blépharospasme toujours douloureux.

Telle est la symptomatologie de cette singulière affection de l'œil, décrite par Schmidt en 1803 (1) sous le nom de xérophthalmie; par Travers, en 1821, sous celui de *cutilar conjunctivæ* (2). En 1833, le docteur Mackensie, professeur d'ophthalmologie à l'école de Glascow, en a consigné une observation dans le *London medical Gazette,* traduite dans les *Archives générales,* deuxième série, t. II.

Disons un mot sur le diagnostic différentiel de la xérophthalmie et de quelques altérations de l'œil avec lesquelles elle pourrait être confondue par le médecin qui n'a pas eu l'occasion de l'observer; car, pour celui qui l'a vue une seule fois, il n'est plus exposé à commettre de méprise, tant ses caractères sont tranchés et pathognomoniques.

Weller et quelques autres ophthalmo-pathologistes ont imposé la dénomination de xérophthalmie, de xéroma, à cet état de l'ophthalmie externe caractérisé par la suspension complète de toute sécrétion lacrymale; mais on ne saurait confondre une xérophthalmie qui persiste depuis un an, constituée en outre par bien d'autres symptômes que par la sécheresse de l'œil, avec celle qui n'est que le symptôme passager de la première période d'une conjonctivite aiguë. Il n'est pas de médecin qui ne sache que le début de la plupart des catarrhes aigus est marqué par la suspension momentanée de toute sécrétion muqueuse.

Le xérosis diffère essentiellement du néphélium, de l'*obscuratio nubeculosa,* du leucoma, de l'albugo et d'autres taies partielles ou générales de la cornée, qui reconnaissent ordinairement pour cause une kératite chronique; car, dans la maladie qui nous occupe, le tissu lamelleux de la cornée paraît parfaitement sain et intact, ce n'est point lui qui a perdu de sa transparence intrinsèque, c'est uniquement la membrane adnata. L'épithélium conjonctival, dépourvu de toute lubréfaction, s'est épaissi, s'est en quelque sorte épidermifié par la concrétion du mucus déposé à sa surface, comme le démontre la diminution de sa densité, et par suite l'amélioration momentanée de la vue pendant l'action dissolvante d'un liquide instillé entre les paupières. D'ailleurs le leucoma, l'albugo de la cornée se présentent sous l'aspect d'une fausse membrane d'un blanc crayeux ou nacré, ressemblant à celui de l'albumine coagulé, d'une opacité qui intercepte tout passage des rayons lumineux, et entraîne une cécité complète lorsqu'elle occupe l'axe visuel; mais la pellicule cornéale de la xérophthalmie offre des conditions pathologiques tout opposées; elle est pulvérulente, ardoisée, d'une diaphanéité ternie qui diminue sans détruire l'exercice des fonctions visuelles.

Quelle est la cause, quelle est la nature de la xérophthalmie? Faut-il l'attribuer avec Schmidt, Bénédict et Travers à une oblitération partielle ou générale des conduits excréteurs de la glande lacrymale? Mais outre que cette assertion est purement gratuite, puisqu'il n'est possible de constater l'existence de ces canaux qu'après une macération plus ou moins prolongée de l'œil dans un liquide coloré, et que, jusqu'à ce jour, aucune recherche nécropsique n'a été faite sur des yeux affectés de xérosis, cette oblitération suffirait-elle, même en l'admettant, pour expliquer la *cutisation,* la sécheresse complète du globe oculaire? N'existe-t-il pas en

(1) Ueber die Krankheiten des Thränenorgans, ou *sur les maladies des organes lacrymaux*, Wien; 1803, p. 55.

(2) Synopsis of the diseases of the eye; London, 1826, p. 120.

effet d'autres organes sécréteurs qui, indépendamment de la glande lacrymale, peuvent verser sur la surface de l'œil une humeur assez lubréfiante ; et M. Magendie ne vient-il pas de prouver qu'après l'extirpation de ce corps glandulaire, la transparence et l'humidité de l'œil sont encore entretenues par la mucosité abondante des papilles de la conjonctive, des glandes de Meïbomius, et de la caroncule lacrymale ?

D'après les belles recherches expérimentales de ce savant professeur de physiologie sur les fonctions du nerf trifacial, qu'il considère comme l'agent presque exclusivement conducteur de la sensibilité dans les organes des sens, ne serait-on pas en droit de soupçonner, chez notre malade, une altération profonde de la branche ophthalmique de la cinquième paire ? J'avoue que cette cause à elle seule rendrait compte de beaucoup de phénomènes observés, tels que ceux de la diminution de la vue et de la sensibilité de la conjonctive oculo-palpébrale, de la gêne dans le mouvement des paupières, et peut-être même à la rigueur du défaut d'action des organes sécréteurs. Je serais d'autant plus porté à admettre cette séduisante étiologie, que l'altération qu'a dû éprouver le rameau frontal par suite de son contact assez prolongé avec un foyer purulent aurait pu facilement se transmettre par continuité de tissu jusqu'à la branche ophthalmique d'où il émane ; mais cet épaississement de l'épithélium conjonctival de la cornée, mais ces brides nombreuses de la conjonctive, mais cette oblitération du point lacrymal inférieur, mais cette atrophie des glandes de Méïbomius sont autant de symptômes qui, complétement étrangers à une lésion organique de la cinquième paire, réclament impérieusement l'intervention d'une cause plus générale et plus directe.

Lorsque l'on se rappelle que le malade a accusé des douleurs sourdes et gravatives au-dessus de l'angle externe de l'œil, point où correspond le siége de la glande lacrymale, l'on serait tenté de recourir à une affection chronique, à une atrophie de cet organe sécréteur, pour expliquer l'état de sécheresse de l'œil, si, comme je l'ai déjà dit, M. Magendie n'eût démontré qu'après l'ablation de cette glande, les villosités de la conjonctive et les follicules de Meïbomius fournissent assez de mucosités pour lubréfier la face antérieure du globe oculaire.

Quant à nous, sans nier le plus ou moins d'influence des diverses causes précédentes sur la production de la xérophthalmie, nous croyons plus rationnel de chercher le principe de cette maladie dans l'inflammation catarrho-strumeuse chronique de la conjonctive, et cela pour les raisons suivantes :

1° Parce que la cutisation, la sécheresse de l'œil a été précédée de tous les symptômes d'une blépharophthalmie catarrho-scrophuleuse : photophobie extrême, larmoiement abondant accompagné d'une sensation de cuisson et d'âcreté, tuméfaction, suppuration et collement des paupières ; et qu'aujourd'hui encore une petite tache sur la cornée, des brides nombreuses de la conjonctive, une légère rétraction du cartilage tarse inférieur, sont autant de signes indélébiles qui témoignent de l'existence première de ce genre d'inflammation spécifique de l'œil ;

2° Parce que cette inflammation de la conjonctive oculo-palpébrale a pu se terminer par une induration qui a détruit ses cryptes muqueux et se propager aux glandes de Meïbomius, à la glande lacrymale et au point lacrymal inférieur, les altérer, les atrophier pour ainsi dire, et suspendre toute sécrétion lubréfiante ; et c'est alors que s'est opéré, sur la conjonctive ainsi exposée au contact immédiat des agens extérieurs et au frottement continuel des paupières, cet épaississement de l'épithélium, cette dégénérescence épidermoïde, qui survient ordinairement sur toutes les membranes muqueuses placées dans les mêmes conditions, et diminue notablement l'excessive sensibilité qui les distingue.

Jusqu'ici la thérapeutique s'est montrée presque absolument impuissante contre la xérophthalmie, et nous l'aurions reléguée dans le domaine des maladies à jamais incurables, si M. Carron du Villards ne nous eût affirmé avoir obtenu un cas de guérison par la cautérisation de la conjonctive sur le bord circulaire de la cornée, avec le crayon de nitrate d'argent. Au lieu du caustique, le professeur Sanson a eu recours en pareil cas au bistouri ; il a excisé toute la portion de la conjonctive qui s'étend de la rainure oculo-palpébrale à la circonférence de la cornée ; et cette opération extrêmement délicate, qui n'a pas été bien douloureuse, a fait entrevoir dès le début un succès qui ne s'est pas longtemps soutenu, et *le malade est sorti à peu près dans le même état que lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu.* (Expressions mêmes de M. Dupré. Voir sa thèse, p. 12.)

M. Velpeau, qui actuellement emploie avec tant de bonheur, contre les diverses affections de l'œil, la solution aqueuse de nitrate d'argent cristallisé, instillée par gouttes entre les paupières, l'a prescrite chez notre malade, d'abord à la dose d'un grain de nitrate pour une once d'eau distillée, et a élevé graduellement la dose de ce sel jusqu'à cinq grains dans une même quantité d'eau ; et aucun effet sensible n'est résulté de l'administration prolongée de ce collyre. L'insufflation dans l'œil du calomel préparé à la vapeur semble, après neuf jours de son emploi, avoir déterminé une amélioration qui, quoique bien légère, n'en est pas moins réelle au rapport du malade qui distingue moins confusément les objets. Si le mieux ne fait pas de progrès ultérieurs, M. Velpeau est dans l'intention d'employer successivement l'électro-puncture pratiquée sur les orifices sus et sous-orbitaires, l'application du vésicatoire volant sur la face cutanée des paupières, et enfin l'excision de la conjonctive. Ne conviendrait-il pas, avant de passer à ce dernier moyen, de recourir à la cautérisation circulaire de la conjonctive, qui déjà aurait été une fois couronnée de succès ?

Au reste, nous nous ferons un devoir de faire connaître alors le résultat de ces dernières méthodes de traitement.

—

N° 21. — 21 MAI.

Observations de fièvres intermittentes pernicieuses suivies de réflexions; par P. VOISIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la maison centrale de détention de Limoges.

Fièvre intermittente quotidienne.

OBS. I. — M. G..., âgé de 32 ans, d'une constitution sèche, nerveuse; d'un tempérament bilieux, cholérique; employé pendant tout le jour à un bureau d'octroi situé sur la Vienne, éprouvait depuis quelque temps du malaise, une lassitude extrême dans les membres, de l'inappétence, et des réveils en sursaut pendant les nuits. Il fut pris le 20 juin 1834, à quatre heures du soir, d'un frisson d'une heure, suivi de chaleur. La sueur dura toute la nuit et tout le lendemain. Cuisson le long du canal quand le malade urine.

Le 21, assoupissement pendant la nuit, interrompu par des rêves pénibles et des transes, avec sentiment de fatigue au réveil; inappétence; céphalalgie sus-orbitaire.

Le 22, accès à midi; le premier stade a duré trois heures, pendant lesquelles le malade a rendu en deux fois des urines bilieuses qui lui brûlaient le canal; pendant le second stade, céphalalgie sus-orbitaire intense; pouls large et mou; peau brûlante et sèche; respiration courte et fréquente; toux gastrique; douleur à l'épigastre et à l'hypocondre gauche: facies injecté contrastant avec la teinte presque ictérique qui suit l'accès; yeux brillans; la sueur a fini vers dix heures du soir. La nuit a été moins mauvaise que les précédentes. (Sulfate de quinine pour boisson; diète.)

Le 23, *herpes labialis* ce matin; urines claires; tête lourde; appétit. A deux heures, un peu de bouillon qui n'a pas passé; à six heures du soir, accès. Premier stade d'une heure; deuxième stade de trois heures; troisième de six heures. Pendant les accès délire violent; cephalalgie intense; soif vive.

Nuit mauvaise; rêvasseries pénibles; réveils en sursaut au moindre bruit. (Même prescription.)

Le 24 au matin, pouls mou; facies maigre, janâtre; langue couverte d'un enduit épais et blanchâtre; tête lourde; point de selles; urines sédimenteuses. (Même prescrition.

La sueur seule est venue le soir à six heures et a duré toute la nuit.

Le 25, sommeil meilleur; appétit; urines rouges, sédimenteuses et très-fétides; herpes presque disparu. (Vermicelle; solution *ut suprà.*)

Vers le soir, accès, consistant en une légère céphalalgie et une sueur qui a duré une partie de la nuit et n'a pas empêché le malade de dormir assez tranquillement.

Le 27, urines toujours sédimenteuses et fétides; pouls encore mou. (Poudre de quinquina et de canelle, de chaque, 4 grains; à prendre par prises.)

Le 28, guéri.

On a dû remarquer qu'avant de se régler suivant le type quotidien, la maladie avait débuté sous le type tierce: c'est, en effet, le type (avec celui de rémittente-tierce) qu'affectionnent les maladies bilieuses et celle-là l'était un peu, s'il en faut juger par la céphalalgie sus-orbitaire. La toux gastrique, la teinte du facies, la coloration des urines, etc. Cette cuisson que nous avons notée sur leur trajet, s'observe aussi fort souvent à l'anus, lorsqu'il donne passage à des matières bilieuses, matières éminemment irritantes qu'il faut évacuer aussi promptement que possible parce que leur présence produit ou entretient des phlegmasies viscérales.

Nous avons cru un instant et à tort que cet herpes servirait à juger la maladie. Chaque classe d'affections a ses crises spéciales. Aux inflammations franches, les crises par les sueurs, les hémorrhagies, etc.; aux affections bilieuses, les crises par le vomissement, la diarrhée, le flux d'urines, etc.; c'est par cette dernière voie que la crise a semblé s'opérer. Bien entendu qu'elle eût été insuffisante sans l'assistance du royal fébrifuge. On sait combien peu il faut compter sur les mouvemens critiques dans cette espèce de maladie. Méthode expectante, méthode meurtrière.

Fièvre intermittente pernicieuse rhumatismale. (*fièvre larvée.*)

OBS. II. — M L..., âgé de 26 ans, d'une constitution sèche, nerveuse; d'un tempérament bilieux, habitant un village situé au fond d'un vallon et entouré d'eau, se mouilla beaucoup le 2 mai 1834 pendant une longue marche. Depuis cette époque, inappétence, refroidissement dans tous les membres et lassitude, qui allèrent en augmentant jusqu'au 6, jour de ma première visite. Je le trouvai dans l'état suivant: membre inférieur droit demi-fléchi avec impossibilité de l'étendre, et tellement douloureux au-dessus, au-dessous du genou, le long de la face externe de la cuisse, et enfin vis à vis tous les tissus fibreux, que l'on n'y pouvait appliquer le bout du doigt sans faire grimacer le malade. D'ailleurs ventre météorisé, douloureux à l'épigastre; inappétence; lassitude générale extrême; insomnie; anorexie; peau un peu halitueuse: pouls mou et irrégulier.

Prenant la maladie pour un rhumatisme articulaire aigu, je proposai la saignée, *qui fort heureusement répugna au malade.* On lui appliqua trente sangsues *loco dolenti*, et il prit un bain qui le fatigua beaucoup. (Diète; infusion sudorifique.)

Le 7, le prétendu rhumatisme envahit le membre gauche; exacerbation vers le soir; nuit agitée; soubresauts des tendons. (25 sangsues *loco dolenti;* diète; même tisane.)

Le 8, le rhumatisme passe à l'articulation tarso-métatarsienne et de celle-là à d'autres. Le malade n'ayant point rendu de selles depuis longtemps, on lui administra un peu de sulfate de magnésie, qui lui fit faire quelques selles bilieuses et augmenta le mal. (Cataplasmes sur les articulations malades; infusion sudorifique; diète.)

Son état ne fit qu'empirer jusqu'au 13 mai, jour où

la maladie se dessina nettement par un accès bien caractérisé avec frisson, chaleur, sueur et rhumatisme articulaire, qui disparaissait dans l'apyrexie. Je n'ai point remarqué s'il y avait rougeur et tuméfaction des articulations envahies. (Sulfate de quinine, diète.)

Le 15, autre accès qui dura dix-huit heures suivi de sudamina au creux épigastrique; urines briquetées, fétides. (Même prescription.)

Le 17, autre accès marqué par un simple changement de couleur et une décomposition éphémère de la figure. Quelques soubresauts dans les tendons; sommeil encore troublé par des rêves sinistres. (Potage matin et soir; solut. fébrif.)

Le 19, guéri, pour mourir l'année suivante d'une fièvre typhoïde.

Quoique nous ayons fait quelques omissions importantes, dues au peu de temps dont nous avions à disposer, on ne peut néanmoins taxer d'erreur notre diagnostic. C'est bien un rhumatisme articulaire, avec sa mobilité caractéristique et servant à masquer une fièvre pernicieuse reconnaissable aux sudamina, à la mollesse du pouls, et nous trouvons encore ici la complication que nous avons notée dans l'observation précédente. Et qu'on n'aille point croire que notre esprit prévenu voit toutes les maladies au travers d'un prisme bilieux. Nous voyons ce que la nature et une observation consciencieuse nous font voir, rien au delà, autant que faire se peut. Ajoutons même qu'il nous serait difficile, toutes les fois que nous parlerons médecine, de ne point dire quelques mots de ces affections bilieuses qui, dans notre pays, envahissent au moins la moitié du cadre nosologique. Il est aussi rare d'y trouver une madie franchement inflammatoire, qu'il est rare d'observer à Paris une maladie franchement bilieuse.

Fièvre intermittente hépatique pernicieuse. (fièvre larvée).

Obs. III. — Madame veuve F., âgée de 29 ans, belle femme, bien réglée, eut le 23 mars 1834, jour de ses menstrues, une indigestion qui lui laissa dans l'hypocondre droit des douleurs avec insomnie, inappétence et constipation. Ces douleurs, qui l'empêchaient de se coucher sur ce côté, augmentèrent jusqu'au 29, jour où elles furent amendées par l'application de 15 sangsues.

Le 30, journée tranquille.

Les 31, et 1er avril, ces douleurs reparurent à 4 heures du matin. Le médecin qui la voyait employa l'éther, des frictions camphrées *loco dolenti*, des calmans, des bains, etc., tous remèdes qui ne la soulagèrent que momentanément; les accès étaient déjà très-violens. La malade était prise de frissons, de céphalalgie, et vomissait beaucoup de bile jaune, verte et quelquefois noire Elle ne pouvait se coucher, ni à droite : elle sentait un poids qui retombait sur ce côté, il était même tellement douloureux que le seul poids de la couverture était insupportable, ni sur le côté gauche, parce que celle du côté droit augmentait. Elle se tenait sur le dos. Cet état dura jusqu'au 6 avril, époque d'un accès encore plus violent que les précédens, pendant lequel elle fut prise d'ictère, diarrhée, urines et sueurs ictériques; coliques dans l'hypocondre droit. La teinte ictérique diminua avec les douleurs au bout du quatrième jour. Les règles vinrent le 19 avril, et ne suspendirent point ces accidens qui allaient tantôt augmentant, tantôt diminuant. Alternatives de diarrhée bilieuse et de constipation; insomnies; sueurs; vomissemens de toute espèce de nourriture (25 sangsues à la région hépatique).

Le 25 avril, coliques plus violentes qu'à l'ordinaire. Je la vis pour la première fois le 27. Teint jaune, figure maigre, yeux enfoncés; hypocondre droit, épigastre douloureux; cet état persista, à quelques variations près, jusqu'au 23 mai, jour où frappé de plusieurs signes de pléthore bilieuse, je lui administrai du sulfate de magnésie qui évacua par en bas une grande quantité de bile d'un vert porracé. J'avais cru d'abord à l'existence d'un embarras bilieux; le retour des mêmes accidens, quoiqu'isolés de toute espèce de tumeur appréciable au côté droit, me fit songer à une hépatite chronique : c'est même dans la persuasion que j'avais affaire à ce genre d'affection, que j'entrepris cette observation le 28 mai. Depuis ce jour jusqu'à l'époque de la guérison, à chaque visite j'ai pris sur l'état de la malade des notes minutieuses dont je puis garantir l'exactitude.

Le 28 mai, décubitus à droite par extraordinaire, douleur, tension à la base du thorax, surtout au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit, respiration un peu précipitée, un peu d'égophonie à la base du poumon droit, décubitus à gauche impossible: elle sent un poids qui retombe de ce côté; picotemens d'estomac, toux gastrique; figure maigre d'un jaune livide. (Hier, 27, les règles vinrent et coulèrent peu). Pendant cette nuit, frissons violens suivis de chaleur et de sueurs, insomnie, rêvasseries pénibles; vers le matin, épistaxis par la narine droite, précédée d'une violente céphalalgie du même côté; fortes douleurs de reins; borborygmes, éructations, goût salé, pouls petit, serré, peu fréquent, (20 sangsues au haut des cuisses qui rappelèrent sur-le-champ les règles et dissipèrent les douleurs de reins).

Le 30 mai, nouveaux signes de pléthore bilieuse. Emétique qui fit rendre deux livres au moins de bile porracée; soulagement. La malade prit aussi de la manne, elle se trouvait mieux, lorsqu'arrivèrent les journées des 5, 6, 7 juin, journées orageuses, brûlantes. Vives douleurs à l'épigastre et dans l'hypocondre droit.

Le 7 juin. C'est de ce jour que date l'apparition de la douleur sympathique de l'épaule droite. A 4 heures du matin, frisson violent suivi d'un sentiment d'étouffement insupportable à l'épigastre et dans le trajet du diaphragme; coliques très-violentes dans la région du foie, à la fin desquelles la malade sentait la douleur remonter vers l'épaule et la face latérale droite du cou, d'où elle se répandait çà et là (et elle marquait en même temps de la main le trajet du nerf phrénique et les divisions du plexus cervical superficiel). Ensuite ictère,

sueurs abondantes le jour et la nuit, constipation, éructations.

Je commençai, dès ce jour seulement, à soupçonner l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse quarte. Dans le cas de doute, et pour obvier à toute espèce d'accident, je prescrivis une potion de 15 grains de sulfate de quinine avec laudanum de Sydenham, à prendre par cuillerées d'heure en heure et dans le courant du même jour. (Diète.) Pendant la nuit, rêvasseries, transes, réveils en sursaut; la malade croyait sentir sur son ventre des charbons ardens.

Le 8. Moins de douleurs à l'épigastre; facies ictérique; deux selles abondantes, fétides, en diarrhée bilieuse; urines très-rouges. (Potion fébrifuge d'heure en heure; bouillon d'herbes; diète. Sueurs abondantes pendant la nuit; mêmes rêvasseries; transes au moindre bruit. Le bouillon d'herbes a excité des nausées.

Le 9. Ventre moins douloureux; facies moins ictétérique, moins décomposé; quelques douleurs dans la région hépatique et l'épaule droite; éructations; diminution de la mémoire; en somme, mieux prononcé. (Même potion fébrifuge, diète.)

Le 10. Point d'accès.

Le 11. Diarrhée bilieuse; la toux retentit douloureusement dans le côté droit; quelques efforts de vomissement; picotemens dans les jambes. (Bouillon d'herbes; diète.)

Le 12. Sueurs nocturnes; sommeil toujours mauvais; peu de douleurs épigastrique et scapulaire; moins de faiblesse générale; teint moins jaune; langue rouge et douloureuse; appétit. (Meringue et pomme cuite, qui ont été péniblement digérées.)

Le 13. Point d'accès; un peu de fièvre ce matin; sueurs et rêvasseries pendant la nuit; diarrhée bilieuse; absence de douleur à l'épigastre, à l'hypocondre droit et dans l'épaule; ventre souple; teinte ictérique moins prononcée; appétit. (Bouillon de poulet; vermicelle.)

Le 14. La diarrhée semble cesser le jour pour paraître la nuit, et surtout vers le matin; elle est revenue aujourd'hui. Même état d'ailleurs qu'hier. (Demi-bouteille de vin de quinquina à prendre par petit verre chaque matin.)

Je croyais la malade convalescente, et j'avoue que c'eût été pour moi un grand embarras d'avoir à spécifier sa maladie.

Le 17. Plus de diarrhée; le vin de quinquina semble donner des forces à la malade, qui mange un peu plus de jour en jour et commence à se lever. Douleurs fugitives dans le trajet du diaphragme; froid aux pieds pendant la nuit.

Le 18, au matin. Vents, chatouillemens dans le côté droit; bâillemens; pandiculations. (11 heures.) Nausées; vomissemens bilieux; céphalalgie sus-orbitaire intense; gargouillemens; apparition de coliques, hépatiques, pendant lesquelles il semblait à la patiente *que son côté était ouvert et que quelque chose y sautait.* Ensuite sentiment d'étouffement et de constriction au creux de l'estomac, qu'elle compare à l'action d'un cercle de fer placé en cet endroit, et dont on serre la vis. Après ces horribles douleurs est venue une attaque de nerfs qui a duré une demi-heure, et pendant laquelle quatre personnes étaient insuffisantes pour maîtriser ses mouvemens. Revenue à elle, elle a senti la douleur monter au cou (plexus cervical superficiel), et de là s'irradier en tous sens. « Mon bras droit est alors endormi, dit-elle, et il faut que je me couche sur le dos. Si je me couche sur le côté malade, la douleur est si vive, qu'elle me coupe la respiration et menace de m'étouffer; si je me tourne de l'autre côté, je sens quelque chose qui me tire dans le côté droit et qui retombe à gauche. Après l'accès, il me reste une douleur morte dans le côté droit.» Viennent ensuite la chaleur et des sueurs abondantes, suivies de brisure dans les membres, telle qu'elle ne peut pas se tenir. Pendant l'accès les urines sont troubles, claires après; l'ictère vient fermer cette scène de souffrances.

N'allons pas plus loin sans noter que les accès n'étaient pas encore bien réglés; le dernier n'aurait dû venir que le 19 à 4 heures du matin.

Le 19, 20, ictère, inappétence, selles bilieuses, prostration des forces, diète.

Le 22 à 3 heures du matin, nouvel accès commençant par un frisson d'un quart d'heure; vents, vomissemens bilieux, coliques, etc., *ut suprà;* à 8 heures, douleur scapulaire. La chaleur a duré jusqu'à 7 heures du matin, les sueurs et les coliques ont duré tout le jour, les nuits sont toujours mauvaises.

Sudamina au creux épigastrique, se prolongeant seulement vers l'hypocondre droit; il est vraisemblable qu'ils existaient depuis longtemps.

Cet accès répond, à une heure près, à celui du 7 juin, suivant le type quaternaire. (Solution opiacée de sulfate de quinine par tasses à café, peu de nourriture). Les deux ou trois premières tasses ont été difficilement supportées.

Le 23, sueurs abondantes région hépatique douloureuse, tête lourde, ictère un peu diminué, sentiment de constriction dans le trajet du diaphragme, épaule indolore. (Même solution).

Le 24, mauvais sommeil, douleurs de reins, ictère diminué. (Même solution).

Le soir la malade prend un peu de chocolat et se lève pour faire son lit; à 7 heures, petit frisson: elle se couche, autre frisson qui devient si fort qu'elle *croyait sentir la rivière lui passer dans le dos.* Ce stade a duré une heure et demie avec céphalalgie, sans coliques hépatiques, ni douleur scapulaire. Le deuxième et le troisième stades confondus ont duré toute la nuit et n'étaient point terminés.

Le 25, à 9 heures, mêmes rêvasseries qu'à l'ordinaire, soubresauts des tendons, pouls d'une mollesse remarquable, région hépatique douloureuse à la pression, la malade peut se coucher sur le côté gauche; les sudamina disparaissent dans l'apyrexie; prostration extrême, quelques lipothymies, urines claires, teint ictérique. Lavement qui a fait rendre beaucoup de bile. (Biscuit, chocolat, même solution).

Le 26, elle peut se coucher un peu sur le côté droit;

quelques douleurs scapulaires, un peu de diarrhée; elle s'est levée. (Même prescription).

Le 27; bon sommeil, peut se coucher des deux côtés; vers le matin quelques rêvasseries et quelques transes, moins d'ictère, langue rouge. (Chocolat, bouillon pour la matinée, et pour la soirée potion fébrifuge. (Elle a pris son chocolat avec plaisir, à peine l'avait-elle achevé que, se sentant la tête lourde, elle s'est mise au lit. A une heures après-midi deux frissons dans la moitié gauche du dos. Il paraît, au rapport de la malade, que les frissons se faisaient toujours sentir dans la moitié gauche du corps. Ils ont duré cinq quarts-d'heure avec céphalalgie dans la moitié droite du front, qui était son siége habituel. Après ce frisson, sentiment de constriction dans le trajet du diaphragme, suivi de douleur dans l'épaule droite. A 4 heures et demie, chaleur; à 8 heures du soir, sueurs. Une heure après l'accès, les doigts étaient jaunes et effilés.

Le 28, sommeil mauvais, facies ictérique verdâtre, décomposé; langue plus rouge que la veille, sudamina. Un lavement qui a fait beaucoup aller la malade. (Chocolat, bouillon gras).

On doit remarquer que les accès anticipent de six heures.

Le 29, nuit assez bonne, pouls petit et très-mou, urines claires, etc. (Bouillon, chocolat, côtelette, qui n'ont causé que de légères douleurs dans l'épigastre. (Solution fébrif.)

Le 30, rêvasseries abondantes pendant la nuit, transes, l'accès est venu à 6 heures et demie du matin avec un peu moins d'intensité, constipation. (Un peu de nourriture qui a été assez bien digérée; la malade s'est levée).

Le 1er juillet, sommeil meilleur, troublé cependant vers le matin par des rêves et des transes; teint ictérique, mollesse du pouls: sudamina; appétit. (Solution fébrifuge; poudres à parties égales de cannelle et de quinquina, que l'estomac n'a pas pu supporter; nourriture). S'est levée dans l'après-midi.

Le 2, céphalalgie, chaleur, sueur pendant la nuit; pouls dur, fréquent, dépendant d'un retard de sept jours dans l'apparition des règles. Quelques douleurs dans la région du diaphragme; sudamina; appétit; digestions plus faciles. Se lève tous les jours.

Le 3. Hier soir, à huit heures, légères coliques hépatiques sans frissons préliminaires; s'est endormie à dix heures et demie; sueur pendant la nuit; pouls dur et fréquent; bourdonnemens d'oreilles; langue encore rouge; se couche des deux côtés, mais ne peut pas rester longtemps sur le droit; face jaune et maigrie; a pris un peu de poudre de quinquina dans de l'eau sucrée; indigestions, coliques; envies de vomir après avoir mangé un poisson. (Limonade citrique avec addition d'un peu d'eau-de-vie; nourriture.)

Le 5, même état (potion fébrifuge). Point d'accès.

Le 6, sommeil bon, sauf quelques transes vers le matin; pouls presque normal; teint encore jaune, figure engraissée, cependant la digestion cause encore des coliques à l'épigastre; sudamina; une selle très-bilieuse; se lève. (Solution fébrifuge; nourriture.)

Le 7, journée bonne. (Solution fébrifuge; côtelette et bouillon.)

Le 8, sommeil passable précédé d'une agitation semblable à celle que produit le café; dort difficilement sur le côté droit; l'accès est venu, consistant en céphalalgie, chaleur et sueur; douleurs dans l'hypocondre et l'épaule du côté droit, et ictère.

Le 9, diarrhée bilieuse; appétit; sueurs nocturnes.

Le 10, même état. (Poudre de quinquina pure.)

Le 11, sommeil meilleur; selles naturelles; appétit. (Veau rôti, bouillon, chocolat.)

Le 12, côté droit encore sensible au moindre mouvement, à la moindre contrariété. Toutes les fois qu'il s'y développe une douleur, elle est suivie de celle de l'épaule et de l'engourdissement du bras du même côté. Urines limpides; teint ictérique; se lève tous les jours, quoiqu'elle ait les jambes encore faibles.

Le 13. Point d'accès.

Le 14. Sommeil bon. Il paraît que depuis quelques jours l'accès revient chaque soir. Plus de sudamina; région hépatique toujours douloureuse; sommeil meilleur; selles faciles; urines chargées; grand appétit; la figure reprend ses couleurs et son embonpoint.

Le 18. La transformation de la fièvre quarte est rémittente, quotidienne et confirmée. L'accès vient chaque jour avec céphalalgie, coliques hépatiques, douleur scapulaire, chaleur, abattement, puis ictère, sans sueurs ni frissons; il dure quatre ou cinq heures et laisse après lui un petit état fébrile. Jambes faibles, transes nocturnes. (Quinquina et nourriture.)

Le 22. Sommeil mauvais; le moindre bruit agite la malade; facies ictérique et maigre; urines claires; pouls dur et fréquent; appétit (Solution fébrifuge; nourriture.)

Le 23. L'accès a commencé par des frissons, bornés à la moitié gauche de la tête, et a duré cinq heures. (Même prescription.)

Le 24. Sommeil assez paisible; sudamina à l'épigastre; même accès; l'ictère commence avec lui. (Même prescription.)

Le 25. Elle n'a eu qu'une légère douleur dans la région du foie, avec ictère; urines chargées; sommeil troublé par des transes et des rêvasseries. (Même prescription.)

Le 26. Urines claires; sudamina; les digestions s'accompagnent d'un léger mouvement fébrile; à 3 heures, céphalalgie et ictère; jambes faibles. (Même prescription.)

Le 27. L'ictère disparaît pendant la nuit; céphalalgie et ictère à 3 heures, sans douleur scapulaire; digestions faciles; appétit. Elle se lève, boit et mange. (Même solution.)

Le 28. Même état.

Le 29. A l'heure de l'accès, bâillemens, céphalalgie, coliques légères et ictère; diarrhée bilieuse.

Le 4 août. L'accès revient tous les jours, à la même heures et avec les mêmes symptômes. (Potion de sulfate de fer.)

La potion a coloré en noir les matières fécales et semble avoir augmenté la fièvre.

Le 8, même état. (2 onces de miel, 1 once de quinquina pulvérisé, 2 gros d'alcool, à prendre par cuillerée deux ou trois fois par jour avant l'exacerbation quotidienne.)

Le 9, 10, point d'exacerbation.

Le 12, indigestion après avoir mangé du canard; frissons, douleur diaphragmatique, vomissemens à 11 heures du soir, sueurs nocturnes.

Le 13, ventre dur, douloureux, coliques, facies plus jaune qu'à l'ordinaire.

Cette indigestion a coïncidé avec le développement d'une foule d'affections bilieuses à la ville et à la campagne. (Limonade froide, diète.)

Le 14, urines et facies ictériques, colique hépatique, sueurs abondantes, rêvasseries, transes pendant la nuit; peut se coucher des deux côtés. (Lait, chocolat. limonade, bains entiers de 2 en 2 jours).

Les exacerbations viennent chaque jour, anticipent à l'imitation des accès quaternaires et sont constamment suivies d'ictère. Le moindre bruit cause encore des transes à la malade; les digestions commencent par de légères coliques et des *tortillemens* d'intestins, et s'accompagnent de gaz dont l'émission la soulage beaucoup (Infusion de centaurée avec poudre de quinquina).

Le 20. Les exacerbations continuent, et durent une heure à peu près, consistant en pesanteur des paupières, frissons, chaleur, constriction diaphragmatique, coliques hépatiques et ictère. Puis jambes faibles; digestions un peu difficiles; sommeil mauvais.

Le 23. Même état.

Le 30. Elle n'a plus de redoublement depuis plusieurs jours; il ne lui reste que quelques douleurs scapulaires. Digestions faciles; appétit bon; figure grasse et fraîche. La malade a repris ses occupations habituelles.

Résumons en peu de mots les points les plus importans de cette longue et cruelle maladie, qui a duré plus de 6 mois.

1° Grande difficulté de diagnostic. Nous l'avons prise de prime-abord pour un de ces embarras bilieux que nous avons à traiter chaque jour, et qui cèdent avec une facilité merveilleuse à la méthode évacuante; mais l'embarras bilieux n'a point d'accès réglé suivi d'une douleur sympathique à l'épaule droite. Ce dernier symptôme nous fit croire à l'existence d'une hépatite chronique. Nouvelles difficultés : outre que cette maladie est fort rare dans nos climats, elle est continue et s'accompagne presque toujours d'une hypertrophie du foie, hypertrophie dont nos investigations n'ont jamais pu saisir la moindre apparence.

Etait-ce une gastro-hépatite, comme il plaira de la qualifier à quelques apôtres aveugles d'un système erroné? Oui, sans doute, diront-ils, voyez ces douleurs violentes que le moindre contact exaspère; ces indigestions, etc.; mais pourquoi dès lors les sangsues restent-elles sans effet, tandis qu'un léger soulagement surgit de l'administration de l'émétique? Pourquoi cet estomac enflammé, ennemi d'abord de toute espèce d'alimens, tolère-t-il sans difficulté la présence du sulfate de quinine en solution? Quelle est cette inflammation qui revient à des heures réglées, s'accompagne de douleurs atroces avec mollesse du pouls et autres signes d'une prochaine cadavérisation, disparaît ensuite pour revenir avec le même cortége d'accidens? Quelle est cette inflammation que le quinquina guérit et que la saignée tue... avec le malade?

Nous ne reculerons jamais devant l'aveu d'une erreur déplorable, quelque pénible qu'il puisse être. L'histoire de nos revers serait peut-être plus profitable à la science que celle de nos succès. Il y a trois ans que nous avons fait une saignée d'une abondance ordinaire à un homme atteint vraisemblablement de cette perfide maladie. Une demi-heure après il était mort. Voilà pourquoi nous avons souligné quelques mots dans la seconde observation à propos de la saignée.

Evidemment une maladie semblable ne peut être qu'une fièvre pernicieuse, qu'une de ces maladies que les anciens, meilleurs observateurs que nous, et moins préoccupés de vaines théories, avaient appelées du nom de fièvres larvées. C'est donc une fièvre pernicieuse hépatique à type quarte, dont tous les désordres se passent dans le système nerveux hépato-gastrique. Née dans les plexus fournis par le ganglion semi-lunaire (plexus coronaire, stomachique, hépatique et splénique), la douleur, énergiquement caractérisée par la malade, après avoir parcouru, sous différentes formes, tout le trajet du diaphragme et surtout l'épigastre et l'hypocondre droit, monte le long du nerf phrénique et va se terminer au plexus cervical superficiel d'où il émane. De là, douleur sympathique de l'épaule droite, douleur à la face latérale droite du cou, et engourdissement du bras droit dont les nerfs contribuent à former ce même plexus. Si quelque fait peut venir à l'appui de l'opinion de ceux qui regardent ces fièvres intermittentes comme des névralgies, c'est bien celui-là assurément.

2° Métamorphose de la maladie en rémittente quotidienne.

3° Les exacerbations de la rémittente avancent à l'imitation des accès de fièvre quarte. L'ictère qui suivait les accès et disparaissait dans l'apyrexie, ce même ictère ainsi que la douleur scapulaire, les coliques, etc., suit aussi les exacerbations et disparaît à peu près dans leur intervalle pour revenir à la prochaine exacerbation.

4. La maladie a résisté beaucoup au quinquina, d'abord comme fièvre quarte, ensuite comme fièvre rémittente. Si le proto-sulfate de fer n'a produit aucun effet avantageux dans ce cas, en revanche, et nous nous empressons de l'affirmer pour réhabiliter la vertu de ce sel dont on a beaucoup exagéré les propriétés toxiques, en revanche il a très-bien réussi toutes les fois que nous l'avons administré dans des cas d'intermittentes simples. Il est fâcheux qu'il ait une saveur si détestable.

On nous pardonnera ces longs détails dans lesquels nous venons d'entrer, si l'on considère 1° que l'existence de ces maladies comme fièvres intermittenest pernicieuses, comme maladies spéciales, est mise en

doute; 2° que leur diagnostic est quelquefois fort difficile; 3° que leur marche est rapidement mortelle et leurs désordres toujours graves. Alors même que le malade n'a essuyé que deux ou trois accès, la décomposition de ses traits la profonde altération de tout son organisme feraient croire qu'il sort d'une longue maladie; 4° que l'on a conseillé contre ces maladies un traitement homicide dans la plupart des cas, au lieu de celui dont l'expérience journalière constate les succès.

Nous terminerons cet article par quelques mots sur une *fièvre intermittente convulsive* dont, à la rigueur, nous ne devrions point parler, attendu qu'elle n'avait point ce caractère pernicieux. C'est une intermittente *anormale*.

Obs. IV. — Anna Ch..., âgée de 19 ans, ayant deux sœurs sujettes à des attaques de nerf, fut prise, sans cause connue, le 20 mars 1836, vers sept heures du soir et au milieu d'une parfaite santé, d'une pâleur subite, suivie de perte de connaissance; bientôt survinrent de légers mouvemens convulsifs dans tout le corps, avec rougeur à la face et chaleur générale. L'accès dura une heure et demie à peu près, avec abolition de l'ouïe et de la parole, sans frissons, ni bâillemens, ni pandiculations, ni sueur. A la fin grande lassitude; soif vive; envie d'uriner et oubli complet de tout ce qui s'est passé. Dans l'apyrexie la petite malade boit, mange, court et s'amuse comme à l'ordinaire.

Le 3 avril, accès à la même heure, avec les mêmes symptômes. Les convulsions seules devinrent tellement fortes qu'il fallait trois personnes pour la tenir; convulsions rapides avec extension et flexion alternatives de tous les membres et surtout de la colonne vertébrale, sans écume à la bouche ni trouble de la face; elles avaient évidemment le caractère de l'hystérie. Depuis cette époque les accès sont venus chaque jour, à la même heure, et avec les mêmes symptômes, mais en diminuant d'intensité jusqu'au 13 avril, jour où elle en fut débarrassée par le sulfate de quinine en solution.

N° 22. — 28 Mai.

Observation sur une luxation ancienne de l'humérus réduite au moyen de moufle; suivies de réflexions sur l'emploi des poulies mouflées dans la réduction des luxations; par M. Mat. Mayor de Lausanne.

Le 5 avril dernier, j'ai fait la réduction, à l'hôpital de Lausanne, d'une ancienne luxation humérale, qui avait été méconnue, s'étant faite à l'insu même du malade, et probablement dans un état d'ivresse. Les douleurs que ressentait cet individu avaient longtemps été prises pour un rhumatisme et traitées en conséquence. Quand enfin le véritable diagnostic fut établi, on fit successivement diverses tentatives de réduction. Deux chirurgiens instruits avaient déjà en vain varié leurs moyens, et moi-même, j'échouai dans un premier essai, malgré les précautions dont je m'entourai et qu'on connaît d'ailleurs assez. En désespoir de cause, et après plusieurs jours de repos qu'on employa à faire prendre des bains tièdes et à couvrir l'épaule de cataplasmes, j'eus recours aux moufles, et après que le malade eut pris quatre grains de tartre stibié; ceux-ci, du reste, ne manifestèrent aucun effet; mais le résultat de nos manœuvres n'en fut pas moins satisfaisant, et la réduction s'opéra assez vite. C'était la première fois que je me servais d'un pareil procédé, et il était bien fait pour exciter mon attention, d'autant que l'individu nous assura qu'il avait beaucoup moins souffert dans cette opération que dans toutes celles qui avaient précédé si inutilement. On sait cependant que le mal *présent* est toujours plus vif que les douleurs *passées*. Quoiqu'il en soit, la réduction de cette luxation avec ces poulies mouflées ne fut pas plus tôt opérée, que je m'occupai de simplifier le mode d'appliquer et d'adopter un moyen aussi énergique aux besoins divers de la chirurgie.

La première indication qui se présente, dans les solutions de contiguité, c'est de mettre la tête de l'os luxé dans des conditions qui lui permettent de rentrer dans sa position normale. Le moyen de la remplir consiste à relâcher certains appareils musculaires, en donnant des positions favorables aux membres luxés; ou bien à vaincre l'opposition de ces mêmes muscles, en tirant fortement sur les os qui leur servent d'attaches. Mais ces tractions seraient évidemment en pure perte, si on ne leur opposait pas une résistance au moins égale de la part de l'os qui doit recevoir et loger l'autre. C'est là l'extension et la contre-extension des auteurs, lesquelles on connaît du reste, ainsi que les moyens ordinaires de les obtenir.

Leur réalisation avec les poulies et les moufles, à la manière des Anglais, et qui fait le sujet principal de cette note, exige deux points solidement fixés : l'un qui doit servir d'appui à la puissance destinée à exercer les tractions, et l'autre de base à cette force d'inertie, que j'ai désignée ailleurs sous le nom de résistance.

On sait, en effet, que l'un des moufles doit être fixe, et que l'autre est au contraire mobile; car ce dernier est destiné à entraîner, vers le premier, l'objet quelconque qu'il s'agit de faire mouvoir, et auquel il est attaché. Si donc cet objet est un de nos membres ou une partie seulement d'une extrémité, il est nécessaire que le reste du corps ou de cette extrémité ne puisse céder, et que les tractions soient exercées uniquement sur l'os qu'on a en vue. Mais cette circonstance dans l'emploi des moufles, qu'il faut avoir à sa disposition deux points solides, placés vis-à-vis l'un de l'autre, et à une distance convenable, peut souvent être embarrassante.

D'ailleurs, cet arrangement offre encore ce grand désavantage, de placer le membre sur lequel on opère dans la direction obligée de l'action même des poulies, sans qu'il soit facile de la changer. Cependant il serait parfois utile, nécessaire même, de pouvoir varier les rapports respectifs de l'os luxé avec le corps du blessé, et de porter le membre, successivement et à volonté, dans quelques autres directions et inclinaisons (en haut,

en bas, en avant et en arrière), tout en maintenant toujours les tractions au degré jugé convenable. Ce but peut être atteint assez facilement, et avec un moyen d'ailleurs si commode, qu'il procurera, en même temps, cet autre avantage de rendre inutile le recours aux deux points fixes, établis en dehors du corps même du malade et dont nous venons de parler. En prenant le point d'appui sur ce dernier, on obtient en effet le résultat suivant : c'est qu'aussitôt qu'on opérera les tractions sur le membre luxé, il se reproduira sur tel autre point du corps qu'on aura choisi une répulsion parfaitement égale, et qui forcera le corps de rester en place, alors même qu'on tirera vigoureusement sur l'une de ses extrémités. Le jeu des poulies, en un mot, imitera les deux mains lorsqu'elles agiraient, de la manière suivante, pour surmonter les obstacles à la réduction d'un bras luxé, chez un enfant débile, ou qui viendrait de naître. L'une des mains, en saisissant le bras au dessus des condyles est, en effet, très-bien placée pour faire les tractions convenables ; et, si on lui suppose assez de force, le but proposé sera complétement atteint. Mais il faut que l'autre main agisse au rebours de la première, et immédiatement dans le creux de l'aisselle, afin de maintenir en position la partie supérieure du thorax, et, par elle, le spéculum et la clavicule. Voici le moyen de réaliser exactement l'action combinée de ces deux mains au moyen des moufles. Une forte attelle, de trois à quatre pieds de longueur, est terminée, à l'une de ses extrémités, par une petite plaque en bois de trois pouces environ de long, sur deux ou trois de large, et qui, par ces dimensions-là, se trouve en rapport avec l'étendue du creux de l'aisselle. Cette plaque est destinée à formuler l'action de la main ci-dessus, et ne doit occuper que l'espace que laissent entre eux les tendons du pectoral et du grand dorsal.

A l'autre extrémité de l'attelle est un trou ou tel autre moyen propre à fixer une corde, et c'est ici qu'on attache solidement le moufle immobile, contre lequel on doit faire avancer l'autre. Or, celui-ci tient à un lien qui, en forme de brassard, entoure le *dessus du coude*, de sorte qu'il ne peut être amené vers le premier moufle qu'en tirant sur le bras et en écartant du corps la tête de l'humérus. Mais aussi il forcera le moufle immobile à réagir sur l'attelle sur le bout de laquelle il est attaché, et à la refouler, avec une vigueur proportionnée, par son autre extrémité contre le thorax, comme s'il était question, par cette répulsion, d'éloigner l'un de l'autre l'omoplate et la tête de l'os du bras. On conçoit, du reste, les résultats avantageux de cette action combinée. La tête de l'humérus se trouve entraînée d'un côté, tandis que la cavité glenoïde est repoussée de l'autre. Or, l'action des moufles est, comme on sait, graduée, lente et soutenue à volonté, et n'exige pas le concours d'un grand nombre de bras. Mais ce procédé permet de plus au chirurgien, d'incliner et de remuer le bras dans tous les sens, tout en conservant toujours le même degré de force à la machine.

Sous le brassard et sous la plaque axillaire, une épaisse couche de coton tend à rendre les pressions beaucoup plus supportables. Celle du brassard est à peine sensible, puisqu'il ne s'y trouve aucune partie delicate dont le froissement puisse être redouté. La poitrine qui, dans le procédé de réduction ordinaire, est fortement étreinte par l'action du lien soi-disant *contre-extenseur*, est ici du moins entièrement dégagée et libre par derrière et par devant, et la répulsion, au moyen de la plaque axillaire, laisse également intacts les tendons du pectoral et du grand dorsal.

J'ai pu m'assurer par moi-même et en me soumettant à l'action de cette plaque, que sa pression était bien autrement supportable que celle qui résulte de l'application de serviettes, de draps et d'autres liens analogues; et quant à la sensation qui résulte d'un brassard au-dessus du coude, elle n'est en aucun rapport, pour la douleur, avec ce qu'on éprouve par les tractions sur le bras ou l'avant-bras. La puissance de répulsion qui existe ici peut-être portée à un très-haut degré avec notre machine mouflée, et nous l'avons vue sur un cadavre fracturer deux côtes, en cherchant à la pousser très-loin. L'épaule, dans cet essai, n'a subi aucune altération non plus que les vaisseaux et les nerfs axillaires, et cependant le lien au-dessus du coude avait tracé un sillon profond et qui allait presque jusqu'à l'humérus.

Il est, à part cette force extrême, quelques autres considérations bien connues qui militent en faveur des moufles, et sur lesquelles on a glissé assez légèrement en France. On craint trop l'action des puissances mécaniques, et on exagère la valeur de celle de l'homme. Les unes, prétend-on, seraient aveugles et indéterminables, tandis que les bras auraient une force connue. Mais chaque paire de bras n'a-t-elle pas un degré d'énergie particulière et singulièrement diversifiée? Les mêmes bras ne varient-ils pas suivant les circonstances, quant à leur vigueur musculaire? Peut-on exiger d'eux qu'ils tirent lentement, graduellement, qu'ils arrêtent, diminuent ou augmentent leur action à volonté? (1). Du reste, les agens mécaniques, tels que sont, par exemple, les poulies mouflées, demandent à être dirigés par l'intelligence humaine; et celle-ci manquera-t-elle, par hasard, son effet, s'il est question de mettre en jeu des machines aussi faciles à manier que les moufles?

---

(1) Ayant à réduire à l'hôpital une très-ancienne luxation de l'humérus, je fixai d'abord le tronc à une traverse très-solide, et j'établis pour tirer fortement sur le bras, un lien au poignet et un autre au-dessus du coude, à chacun desquels aboutissait une corde. L'opération fut promptement terminée ; mais quelle ne fut pas ma surprise, en voyant que vingt-un individus s'étaient en quelque sorte attelés à ces deux cordes ! Il est vrai qu'à part quelques hommes vigoureux, les autres étaient des convalescens et des enfans qui tous s'étaient mis en devoir de prouver leur zèle et leur bonne volonté envers ce camarade. Chacun d'eux, assurément, était comparable à la *mouche du coche;* car tous ont tiré de toutes leurs forces. Eh bien ! calculez celles-ci *à priori*, et dirigez-les au besoin si vous pouvez.

Il est un autre point dans la réduction des luxations, lequel sera de plus en plus difficile à défendre, c'est celui qui concerne l'endroit où l'on doit placer le lien destiné à opérer les tractions. On insiste encore pour qu'on choisisse toujours le poignet; et l'on ne veut pas voir qu'on expose par là les articulations de la main et du coude à des violences qu'il est d'autant plus sage d'éviter, qu'elles ne sont nullement nécessaires.

En faisant agir la puissance dite *extension*, immédiatement au-dessus des condyles de l'humérus, on épargne à toutes les parties délicates situées au-dessous du coude, les souffrances qu'elles éprouvent dans les tiraillemens qui ont lieu, lorsque c'est au poignet qu'on a établi cette même puissance. Et quant à l'objection tirée du froissement des muscles, lorsque les tractions ont lieu immédiatement au-dessus de l'avant-bras, si l'on y regarde et réfléchit bien, on verra que c'est presque uniquement sur leurs tendons qu'agit le lien, et qu'en supposant que cette compression puisse avoir quelques désavantages, ceux-ci ne peuvent être mis en balance avec les douleurs et les inconvéniens graves qui résultent des violences exercées sur les articulations radio-carpienne et huméro-cubitale.

Afin de juger par moi-même de la différence qui peut exister entre les tractions opérées au-dessus de l'olécrâne, et celles qui ont lieu au-dessus du carpe, je me suis fait appliquer, à diverses fois, la machine que je viens de décrire, et j'ai pu me convaincre que ceux qui ont écrit en faveur du dernier mode, l'ont fait trop légèrement, à coup sûr, sans l'avoir éprouvé comparativement, et, par conséquent, sans en connaître toute la portée. Il vaudrait la peine cependant, de faire de pareils essais, ou d'autres analogues, lorsqu'on s'arroge le droit de prononcer, d'une manière absolue, sur tel ou tel moyen. On éviterait, du moins, de dicter des sentences et d'imposer des pratiques que, plus tard peut-être, on verrait frappées de nullité et taxées, à bon droit, de frivoles et de cruelles. Il est certain du moins qu'ici, lorsque le lien agissait près de ma main, j'éprouvais des tiraillemens très-douloureux aux articulations du poignet et du coude, et que les tractions étaient bien autrement supportables, quand elles avaient lieu au-dessus des condyles de l'humérus.

Le même appareil mouflé peut également servir pour les luxations fémorales. Seulement, au lieu d'être terminée par une plaque, l'attelle aura à son extrémité une espèce de croissant comme la béquille (et celle-ci peut même suffire) afin de pouvoir l'adapter sur un épais coussin d'ouate, soit à l'aîne, soit sur l'ischion, soit sur ces mêmes parties en même temps.

Du reste, ce que j'ai dit touchant les articulations du poignet et du coude, devra s'entendre également de celle du pied et du genou.

Pour ménager ces dernières, on placera donc, au-dessus des condyles du fémur, le lien qui doit communiquer avec le moufle mobile, et servir aux tractions vigoureuses sur l'os de la cuisse.

Je ne puis laisser échapper cette occasion sans me prononcer encore contre deux locutions de *rigueur* en pareilles opérations. Que devient, je vous prie, l'*extension* de l'extrémité supérieure, quand on tire sur un lien placé au-dessus du coude, et qu'on laisse fléchir l'avant-bras et la main? Quelle est la partie qui subit alors l'extension? Le bras peut-être; mais dans quel sens? Auriez-vous, par hasard, des extensions en haut, en bas, d'adduction, d'abduction, plutôt que des *tractions* dans ces divers sens? Et votre *contre-extension*, comment vous en rendez-vous compte, et comment l'expliquez-vous afin d'avoir, au juste, la contre-partie de l'extension? Cessons de prendre *l'effet* pour *la cause*, car l'extension d'un membre n'est évidemment telle ici que par les tractions plus ou moins fortes qu'on exerce sur lui, lorsque le tronc est fixé et ne cède pas. Si du moins cet effet était constant ou exclusif; mais notez bien que cette extension peut être obtenue *aussi parfaite que possible* sans aucune traction et, par conséquent, sans le moindre résultat pour l'objet qu'il vous importe, lorsque vous procédez à la réduction d'un membre déboité. Ne vous suffit-il pas, en effet, de peser sur le coude dans un sens, et de porter la main en sens contraire pour avoir une extension qui ne laisse rien à désirer, et qui est bien plus nette que si vous vous contentiez de tirer suivant l'axe du membre?

Il est même des cas où l'extension du membre est absolument impossible, quelle que soit la violence des tractions de votre extension, comme, par exemple, dans l'ankylose du genou et du coude. Il y a plus, c'est que dans le traitement des fractures du membre inférieur, par l'hyponarthécie, « la force des tractions est en raison de la flexion qu'on fait subir au genou! » Faites donc ressortir ici l'extension et caractérisez-la si vous le pouvez. Ne voyez-vous pas que vous seriez obligé de proclamer, « que l'extension est en raison de la flexion?»

A coup sûr, je ne mettrais pas autant d'insistance sur ce point, s'il ne s'agissait que d'un défaut pur et simple de langage, ou de termes innocens, consacrés par l'usage, fût-ce même mal à propos. Mais cette confusion de mots scientifiques a une influence fâcheuse sur la pratique.

Les hommes de l'art et les élèves auxquels on répète sans cesse dans les livres et dans les chaires, qu'il faut maintenir les membres fracturés dans l'extension, et qu'on doit faire l'extension des extrémités fracturées et luxées, lorsqu'on veut les réduire; ces individus, dis-je, ne sont-ils pas excusables, s'ils prennent trop à la lettre ces recommandations, et s'il en résulte, trop souvent, de fausses manœuvres? Et qui sait, d'ailleurs, si ces expressions, auxquelles il semble qu'on n'ose plus toucher, n'ont pas contribué à enrayer la science, et à fixer trop longtemps les idées des chirurgiens sur ce point embrouillé?

Il m'importe assez peu, et moins encore à la chirurgie, qu'on croie que j'ai puisé mes idées, sur l'emploi des poulies mouflées, dans quelque source bien connue. La vérité est que cette note était rédigée, mon moyen établi, et que les preuves étaient faites à l'hôpital, lorsque j'ai lu un mémoire de M. Pravaz, sur le *traitement des luxations congéniales*, où le même principe

que j'émets ici est clairement énoncé pour la réduction du fémur. M. Alliot, de Montagny, a inséré également une note sur le même sujet, dans la Gazette médicale du 27 février. Ces messieurs ont donc une priorité incontestable sur moi, et que je me plais à reconnaître. Toutefois, quant à l'application du principe, j'aime à croire aussi que je l'aurai rendu plus facile et mis mieux à la portée de tous.

P. S. Cet article était imprimé lorsque M. Mayor nous a adressé la lettre suivante :

Lausanne, ce 22 mai 1836.

Monsieur et très-honoré confrère,

Deux jours après vous avoir adressé mes observations sur la réduction de la luxation de l'humérus au moyen d'un appareil mouflé, prenant son point d'appui sur le malade lui-même, voilà que M. le docteur Recordon, interne à l'hôpital de Lausanne, jetant les yeux sur une vieille et sale estampe, que tenait un de nos petits malades, y vit, à sa très-grande surprise, l'opération figurée exactement comme je vous la décrivais. Ainsi, c'est un pauvre patient couché horizontalement sur le côté sain, ayant derrière lui un opérateur qui lui manipule l'épaule, tandis qu'un troisième individu maintient l'une des extrémités d'un large attelle vers l'aisselle, et qu'il tourne à l'autre bout une manivelle, laquelle fait saillir une vis qui opère les tractions convenables sur un lien placé au-dessus du coude. Cette manivelle et cette vis représentent donc un cric ou un treuil qui fait précisément ici l'office de la paire de moufles dont je vous parlais, et que je vous donnais pour du nouveau, en réservant toutefois les droits de M. Pravaz et d'autres.

Je regrette de ne pouvoir vous donner ni le texte ni le titre de l'ouvrage d'où cette figure est tirée ; mais le livre est allemand, et semble être un recueil de tableaux les plus divers, comme vous pourrez en juger vous même ; car je joins ici la pièce (1).

J'ai eu, depuis peu, occasion d'essayer mon moyen sur une ancienne luxation scapulo-humérale. Mais en vain! Il est vrai que plusieurs tentatives infructueuses avaient déjà eu lieu, et dans toutes les directions recommandées par les auteurs. Mais il est certain aussi que le procédé dont je vous ai fait part, quoique poussé fort loin dans son action, a été, au dire du malade, de beaucoup le plus doux de tous ceux mis en usage auparavant, et qu'il n'a laissé aucune suite douloureuse de sa pression, soit au creux de l'aisselle, soit au-dessus de l'olécrâne. Bien plus, c'est que malgré cet insuccès, le malade a immédiatement soulevé le bras à angle droit avec le corps, et que, avant l'opération, il se détachait à peine des côtes. J'ai dit que toute espèce de bon procédés avait déjà été essayée sur cet individu. Celui de M. Malgaigne n'avait pas été négligé, et je le tentai encore inutilement avant l'application des poulies mouflées. Au nombre de ces modes de réduction, M. le docteur Mercier de Morges, qui m'avait fait appeler pour le malade ci-dessus, m'en a indiqué un qui m'a bien surpris, et qu'il a employé, m'a-t-il dit, exclusivement et avec un plein succès, une cinquantaine de fois. M. Mercier est, comme on sait, un praticien bien connu, fort occupé, qui mérite de l'être et digne de foi. Son procédé consiste à placer le malade debout, à saisir le coude et l'avant-bras avec les genoux, à faire avec les derniers une traction de haut en bas, pendant qu'avec les deux mains appliquées vers la tête humérale, il dirige celle-ci sous l'aisselle et dans sa place normale. Tout chemin, dit-on, mène à Rome ; or, comme celui-ci est un des plus faciles, j'engage mes confrères à le pratiquer : comme je ne manquerai pas, moi-même, d'en faire usage à la première occasion.

Agréez, etc. M. Mayor.

(1) La machine dont parle M. Mayor est une modification de l'ambi des anciens, figurée par Scultet ; et on peut en voir une modification bien supérieure encore dans le Traité de chirurgie de B. Bell. La machine de J.-L. Petit, trop oubliée peut-être, l'emporte sur tous ces instrumens. Nous pensons, pour notre part, qu'il s'agit bien moins d'inventer des machines et des procédés, que de faire un choix parmi ceux que nous possédons, et d'étudier surtout les variétés de luxations auxquelles chacun d'eux doit s'appliquer de préférence. Il est d'ailleurs difficile d'innover en pareille matière ; et le procédé de M. Mercier est connu depuis fort longtemps.

(*Note du rédacteur de la* Gazette médicale).

Observations de tumeurs enkystées avec quelques réflexions sur la nature et le traitement de ces productions anormales, par M. Magistel.

Obs. I. — Mademoiselle C..., âgée de trois ans, est d'une constitution lymphatique ; sa tête présente encore des traces d'un *impetigo granulata*. En novembre dernier, la mère de cette petite fille remarqua qu'elle portait, au-devant du larynx, une tumeur mobile, du volume d'une noisette. On eut recours à l'emploi de cataplasmes, d'abord émolliens, puis résolutifs. Un mois après son apparition, cette tumeur devenue un kyste gros comme un œuf, fut ouverte d'un coup de lancette par un chirurgien célèbre, est vidée complétement. Elle contenait une sérosité limpide et peu de sang. Huit jours après cette première incision le kyste déjà reformé fut ouvert de nouveau. A la suite de cette ponction, il survint, sous l'influence d'une autre cause sans doute, un érysipèle de la face. Pendant une quinzaine de jours l'ouverture du kyste suinta ; mais dès que l'érysipèle eut cédé entièrement à un traitement convenable, une poche volumineuse tendit à envahir tout le tissu cellulaire lâche qui se trouve au-devant du cou. Il fut conseillé alors de donner issue au liquide par des ponctions faites à l'aide d'une aiguille. Plusieurs fois ces

ponctions avaient été pratiquées, et deux jours après avoir été vidée, la poche contenait encore plus de liquide qu'auparavant. Elle était grosse comme un œuf d'autruche, et occupait toute la partie antérieure du cou lorsque je vis la petite malade pour la première fois, le 22 mars 1836.

Le 27, le kyste fut ouvert par une incision verticale de huit à dix lignes, qui donna lieu à l'écoulement de deux verres environ d'un liquide séreux, mêlé de stries sanguines et de flocons albumineux.

Les 28 et 29, un liquide semblable mouilla les compresses qui étaient placées au-devant du cou. Les bords de la plaie étaient écartés par une mèche de linge; la santé générale de la petite malade était bonne; un régime sévère, les soins attentifs de ses parens, favorisaient le traitement chirurgical.

Le 30 mars, je fis des injections avec du vin aromatique miellé, chaud; un bandage légèrement compressif maintenait sur la place que la tumeur avait occupée, des compresses qui en étaient imbibées; le lendemain, la région antérieure du cou était gonflée; la peau flasque et pendante auparavant, était tendue; en un mot, la poche du kyste était enflammée. Il y avait eu de la fièvre pendant la nuit, et je ne crus pas encore prudent de renouveler les injections. Elles furent reprises le 1er avril, et renouvelées chaque matin, jusqu'au 6. Déjà, quoique les parois de la poche ne fussent pas complétement rapprochées, cette cavité eût à peine contenu une noix. Je remplaçai le vin aromatique par de l'eau géto-minérale.

Le 14, les bords de l'incision qui avaient toujours été tenus écartés par une mèche de linge ou de charpie, tendaient à s'agglutiner. J'introduisis aussi avant que possible un crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation a été renouvelée quatre fois, et aujourd'hui, 25 avril, la guérison est complète.

La poche membraneuse qui constituait le kyste dont je viens de citer l'observation, était, sans aucun doute, le résultat d'une transformation séreuse. La nature du liquide qu'elle contenait nous l'a démontré. Mais était-ce une transformation du tissu cellulaire sous-cutané, ou la maladie était-elle due au développement anormal de quelques granulations du corps thyroïde? Ces granulations se transforment quelquefois en vésicules à parois membraneuses dont la nature se modifie ensuite diversement (Andral, *anatomie path.* tom. 1, pag. 242). C'est aux kystes volumineux qu'elles peuvent former, que M. Maunoir a donné le nom d'hydrocèles du corps thyroïde. La maladie a débuté par une petite tumeur située au-devant du cou, mobile, sous-cutanée, éloignée du corps thyroïde qui n'est point hypertrophié. J'ai dû penser alors que j'avais à traiter un kyste séreux développé dans le tissu cellulaire. En effet, la grande analogie qui règne entre ce tissu et le tissu séreux, sous le rapport de leur conformation, de leur structure, de leurs propriétés vitales, de leurs fonctions, rend la transformation de l'un de ces tissus en l'autre, et facile et fréquente. Une autre question se présente à résoudre: le kyste était-il préexistant dans son origine, au liquide qu'il renfermait, ou bien les parois enkystées s'étaient-elles développées autour de la petite tumeur? il n'a existé aucune altération à la peau; le petit corps que l'on sentait dans le tissu cellulaire n'occasionnait aucune douleur; rien n'a annoncé un travail inflammatoire; et je n'ai plus trouvé aucune trace de cette tumeur primitive. Il est plus que probable que la formation du tissu sécréteur a précédé la sécrétion du liquide. Je n'examinerai point si cette transformation du tissu était due à un état hypérémique ou asthénique, ou à une perversion de fonctions; le mode de formation des kystes n'est point encore connu assez positivement.

Comme les kystes séreux peuvent eux-mêmes éprouver diverses transformations, lorsqu'on ne s'oppose pas à leur développement, et que, dans ce dernier cas, leur poche membraneuse s'épaissit encore par la réunion d'un plus grand nombre de feuillets, il était urgent de débarrasser la petite malade d'une tumeur qui pouvait acquérir une dimension énorme, et qui gênait déjà la respiration.

Plusieurs méthodes de traitement m'étaient offertes. Il ne fallait songer ni à l'excision, ni à l'extirpation; mais j'avais encore à choisir entre la ponction et les injections irritantes, le séton, l'incision et la cautérisation. J'ai rejeté la ponction simple, parce que le séjour de l'injection dans la poche pouvait amener une inflammation trop vive. M'étant rappelé que M. Gama, chirurgien en chef du Val-de-Grâce, guérit, par l'incision, tous les hydrocèles qui se présentent dans son service, j'ai préféré cette méthode, qui donne toute la latitude possible pour exciter autant qu'on le désire les parois enkystées. J'ai pu, en effet, faire des injections irritantes lorsqu'elles m'ont paru nécessaires, et recourir ensuite à la cautérisation. La compression que l'on a aussi conseillée, était légèrement exercée par un bandage placé au-dessous du menton et au-devant du cou.

Ces diverses méthodes que l'on semble avoir abandonnées pour adopter l'extirpation comme méthode générale, ont souvent réussi. Ne serait-il pas possible de guérir par le traitement que je viens d'indiquer, des kystes dont les parois sont épaisses, muqueuses, fibreuses même? Les observations suivantes vont en donner la preuve.

Obs. II — M. T..., âgé d'environ 60 ans, d'une constitution humorale, portait au-devant du cou, depuis une vingtaine d'années, une tumeur d'apparence graisseuse, grosse comme un petit œuf de poule. Depuis six mois elle était ramollie, et la peau correspondante s'amincissait et devenait violacée. M. T... voulait être débarrassé de cette tumeur qui l'inquiétait et le gênait beaucoup, mais il redoutait l'extirpation qui lui avait été conseillée; je pensai que nous pouvions l'éviter, et le 23 août 1834, j'ouvris largement la tumeur par une incision verticale.

Il s'écoula un pus grumeleux, infect, de la consistance du fromage frais; je fus obligé de lier une artériole. Les parois du kyste qu'il était facile d'apercevoir en écartant les lèvres de la plaie, étaient rougeâtres, offraient de petites saillies semblables aux follicules mu-

queux, d'où suintait un liquide analogue à celui qui venait d'être évacué. Des injections furent faites dans la poche avec une décoction de quinquina ; les lèvres de la plaie furent maintenues écartées par une mèche de charpie ; quelques compresses imbibées de la même décoction furent placées au-devant du cou et soutenues par un bandage convenable. Les injections et le même pansement furent continués pendant une quinzaine de jours. A la fin de septembre, la maladie avait entièrement disparu, et la seule trace qui en restât était la cicatrice de l'incision.

Dans ce cas la poche enkystée m'a paru de nature muqueuse. Il est difficile, à la vérité, d'affirmer que les tissus accidentels soient parfaitement identiques à ceux auxquels ont peut les comparer ; mais on ne saurait nier qu'il existe entre eux la plus grande analogie. Comment s'était opéré le ramollissement de la tumeur primitive ? n'était-il pas dû à un défaut de vitalité du tissu tuméfié, plutôt qu'à un état inflammatoire ? La matière contenue dans le kyste devait être préexistante à la formation de ses parois. L'incision et les injections stimulantes ont suffi pour amener une inflammation adhésive, quoique la poche fût constituée depuis bien longtemps. Dans le cas où le traitement ne suffirait pas, ne devrait-on pas encore préférer l'excision d'une partie de la peau qui couvre la tumeur et de sa paroi antérieure, d'après Chopart, à l'extirpation? (V. Percy et Laurent, *Dict. des sciences médic.*, t. 27, p. 45.) Lorsque le kyste est volumineux, lorsque ses parois sont amincies, lorsqu'il est situé sur le trajet d'une artère ou au voisinage de quelque organe important, peut-on se flatter, en effet, de l'enlever entièrement ou de l'enlever sans danger ? Ce sont des dissections imparfaites, pénibles pour l'opérateur, cruelles pour le malade, qui souvent sont insuffisantes pour la guérison, et peuvent avoir les suites les plus fâcheuses. Lorsque le kyste est de petite dimension, pourquoi faire une opération qui peut entraîner des accidens et qui est fort douloureuse, tandis qu'on peut guérir en ayant recours à l'incision, aux injections, à la compression, à la cautérisation ? Voici une observation dont l'heureux résultat démontre que les chirurgiens doivent se modérer un peu dans l'ardeur qui souvent les anime.

Obs. III. — L'un de nos confrères les plus distingués, M. A . . . , portait depuis longtemps à la tempe gauche une petite loupe. Dans ces derniers temps elle prit l'accroissement d'un œuf de pigeon et se ramollit. La peau qui la recouvrait était mince et violacée. Le malade, qui a des rapports avec les chirurgiens les plus célèbres de la capitale, reçut d'un grand nombre le conseil de faire extirper cette tumeur ; ils pensaient que tout autre traitement entraînerait ou des accidens ou la récidive. J'avais vu enlever dans un hôpital, il n'y avait que peu de temps, un petit kyste de la paupière supérieure, et cette opération, si simple en apparence, avait été suivie d'un érysipèle des plus graves. La constitution médicale donnait beaucoup de ces affections.

M. A . . . lui-même se défiait de l'extirpation : je lui conseillai de suivre le traitement qui m'avait réussi chez M. T...; il y consentit, et j'incisai largement la tumeur : elle contenait du pus mélicérique. Je fis d'abord des injections avec de l'eau miellée, plus tard avec une décoction de quinquina. Le quatrième jour, à l'aide d'une pince, je retirai de l'intérieur de la poche une membrane de consistance fibreuse, blanchâtre, résistant à une assez forte distension. Je ne doutai pas que ce ne fut une portion des parois enkystées qui s'était détachée du tissu cellulaire voisin. Après une dizaine de jours, un crayon de nitrate d'argent fut promené dans la cavité qui était beaucoup rétrécie. Ces cautérisations ont été renouvelées et les bords de la plaie ont été tenus séparés jusqu'à ce que la cicatrisation qui s'opérait de la circonférence au centre et du dedans au dehors, fut complète. Au bout de vingt jours environ j'ai eu la satisfaction de voir le malade parfaitement guéri, et rien n'annonce que jamais une récidive soit possible.

Mémoire sur cette question : tracer l'histoire de la phlegmatia alba dolens ; insister, d'après l'observation des faits, sur la nature et le traitement de cette maladie. Ouvrage couronné par la Société royale de médecine de Bordeaux, par M. Cornelius Smeets, médecin à La Haye. (Analyse.)

La première partie de ce mémoire est tout entière historique et contient de bonnes recherches. L'auteur oppose les unes aux autres les opinions de divers auteurs qui se sont occupés de ce sujet; les combat les unes par les autres, et, après avoir analysé les autopsies rapportées dans les ouvrages les plus récens, arrive à cette conclusion : que ce ne sont jamais les mêmes parties qui ont paru affectées, ce qui explique suffisamment la variété des opinions des auteurs sur la nature de la maladie et sur les moyens de la combattre. Dans la seconde partie nous trouvons sept observations dont trois appartiennent à l'auteur et dont les autres ont été empruntées à divers ouvrages récens. Enfin dans la troisième partie l'auteur avance son opinion qu'il base sur les observations précédentes et d'après laquelle il considère la *phlegmatia alba dolens* comme une inflammation du tissu cellulaire. Mais comme dans cette maladie il n'y a ni rougeur à la peau, ni suppuration, ni enfin cet aspect qu'offrent toutes les phlegmasies franches, l'auteur est obligé d'adopter une espèce d'inflammation spécifique qu'il rapproche de la maladie, désignée par les auteurs sous le nom d'inflammation diffuse du tissu cellulaire dont en effet quelques symptômes ressemblent bien à ceux de la *phegmatia alba dolens*. Cependant M. Smeets ne croit pas que ces deux maladies aient exactement la même nature intime et paraît convaincu que celle dont il s'occupe n'est autre chose que l'inflammation des vaisseaux capillaires exhalans, qu'il regarde comme abondamment répandus dans le tissu cellulaire, et d'où le stimulus inflammatoire peut se transmettre à toutes les parties circonvoisines et déterminer l'inflammation du virus, des vaisseaux lymphatiques, des artères, des

nerfs, etc., qui, bien que secondaires, constituent souvent la gravité de la maladie et la rendent fréquemment mortelle.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'explication qu'il se croit obligé de donner des phénomènes qui caractérisent la maladie. Le point de départ de son raisonnement, c'est-à-dire l'inflammation des vaisseaux exhalans est trop hypothétique pour que les inductions qu'il en tire ne le soient pas également. Nous nous bornerons à dire que parmi les moyens qu'il indique comme devant être utiles dans le traitement de la *phlegmatia alba dolens*, il en est deux qui ont surtout frappé notre attention. Le premier, c'est l'émétique à haute dose qui, dans l'une des observations recueillies par l'auteur, a eu les plus heureux effets, et paraît devoir être employé spécialement pendant la période d'acuité; le second, c'est la compression méthodique exercée sur la partie malade, et qui convient surtout à l'époque où tous les phénomènes aigus ont disparu.

Nouvelles observations sur la nature et le siége de l'angine de poitrine; par M. Gintrac, D.-M. P.

Cette communication est le complément du mémoire publié par l'auteur l'an dernier dans le même recueil et sur le même sujet, et contient la fin de l'une des observations citées dans ce mémoire et dont le sujet est mort depuis peu de temps, après avoir éprouvé, à une époque déjà très-éloignée, de nombreux accès d'angine de poitrine. Le fait anatomique le plus remarquable, révélé par l'autopsie de ce sujet, est l'existence sur la courbure sous-sternale de l'aorte de quatre dilatations ou anévrismes vrais, partiels, formés dans un espace très-peu étendu et indépendans les uns des autres. Il ressort évidemment de ce fait, qui est très-important, puisque depuis dix ans les accès d'angine de poitrine avaient cessé de se reproduire, qu'il faut d'autres conditions qu'une altération de l'aorte pour déterminer cette douloureuse maladie. Nous admettons avec l'auteur que, dans cette affection, les nerfs du plexus cardiaque sont probablement affectés et qu'ils sont les agens de cette douleur si violente que les malades accusent; mais si, dans un grand nombre de cas ils ne sont qu'agens secondaires lorsqu'il existe des lésions organiques très-graves, M. Gintrac pense, avec raison, qu'il est des cas où ils sont réellement agens primitifs, et que de même que l'asthme, l'épilepsie, la néphralgie, etc., l'angine de poitrine peut quelquefois se montrer comme une véritable névrose.

(*Journal de médecine pratique, ou recueil des travaux de la Société de médecine de Bordeaux.*)

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

MAI 1836.

N° 19. — 7 Mai.

De l'examen clinique des enfans nouveau-nés; par M. Valleix, D. M. P. Vice-président de la société médicale d'observations, membre de la société anatomique.

Lorsque dans la recherche de la vérité, les difficultés augmentent en même temps que les moyens de les lever diminuent, il semble que l'esprit humain doit multiplier ses efforts en raison des obstacles, et ne négliger aucun des moyens qui lui restent, et qui sont devenus plus précieux à mesure que leur nombre s'est restreint. Des détails qui pourraient sembler de peu d'importance dans les cas où les faits capitaux abondent, acquièrent alors un intérêt immense, et il n'est plus permis de les mépriser sans courir le risque de rester toujours dans le doute et l'incertitude.

La vérité de ces réflexions frappera, je pense, tous les esprits, et chacun en fera facilement l'application, à l'étude des maladies de l'enfance, comparée à la même étude faite sur les adultes. On doit donc être surpris de voir la légèreté dans l'observation, le mépris des détails, les idées préconçues, et l'assurance dogmatique, remplacer dans la clinique des nouveau-nés, la rigueur, l'esprit d'investigation, qui seuls peuvent jeter quelque jour sur un sujet si obscur. Ce n'est pas que les auteurs n'avouent la difficulté du diagnostic dans les maladies de cet âge; mais il semble que ces difficultés mêmes leur donnent une assurance nouvelle, et à voir de quelle manière ils classent et définissent ces maladies, avec quelle facilité ils en assignent la nature, et avec quelle confiance ils en donnent le traitement, on croirait qu'il n'y a qu'à se présenter auprès d'un enfant malade pour reconnaître sa maladie et le guérir. Ainsi, tandis qu'on a fait depuis longtemps des efforts pour éclairer le diagnostic des maladies des adultes, et après avoir dans des traités *ex professo*, recherché tout ce qui pouvait servir à éviter les erreurs, on a dans le but de n'omettre aucun détail utile, établi les règles d'après lesquelles on devait interroger et explorer les organes des malades, personne n'a eu la pensée d'appliquer ces règles à la clinique des nouveau-nés, avec les modifications commandées par les conditions toutes particulières dans lesquelles se trouvent les malades de cet âge (1).

Aussi, voyez auprès d'un nouveau-né malade, un praticien qui n'a traité que des adultes : il ne sait d'abord par où commencer; l'agitation, les cris du sujet augmentant à son approche, l'empêchent d'employer ses moyens d'exploration ordinaire, et s'il les emploie, il court le risque ou de n'en pouvoir tirer aucune conclusion, ou, ce qui est pire, d'en tirer de complétement fausses. Tous les jours, on entend dire que le traitement des maladies du premier âge, offre des difficultés insurmontables, et qu'on est souvent réduit à ne rien faire ou à suivre les indications les moins positives; je conviens de la réalité du fait; mais ce que la plupart de ceux qui se plaignent de ces difficultés, attribuent à l'imperfection morale et physique de l'enfant, qui ne lui permettent pas d'accuser tout ce qu'il éprouve, je crois pouvoir l'attribuer, en grande partie, au peu de

(1) On dira peut-être que M. Eusèbe de Salles (traduction d'Underwood) et Billard (*Traité des maladies des enfans nouveau-nés*), ont eu soin d'indiquer quelques caractères, soit de l'expression de la face, soit du cri, qui peuvent être très-utiles dans le diagnostic. Je suis loin de le nier. Mais je répondrai d'abord que M. Eusèbe de Salles n'a guère parlé que des traits de la face, signalés par M. Jadelot; encore même a-t-il pensé que leur formation était impossible sur la *face informe* des nouveau-nés, et ne les a-t-il étudiés qu'après la première dentition. Quant à Billard, que je suis loin de confondre avec les auteurs qui l'ont précédé, et qui, dans la première partie de son livre, a donné des détails intéressans sur les moyens d'expression de l'enfant, je ferai observer qu'il ne s'agit pas, dans mon travail, d'examiner par quels moyens l'enfant traduit, aux yeux de l'observateur, l'état de ses fonctions et de ses organes, mais d'établir comment l'observateur doit procéder pour ne pas laisser échapper les expressions de ce langage imparfait, et pour en tirer tout le parti possible, sans toutefois leur faire dire plus ou autre chose que ce qu'elles disent réellement; c'est ce que Billard n'a pas fait, et ce que les personnes qui connaissent les difficultés de l'observation exacte chez l'enfant naissant, me sauront peut-être gré d'avoir tenté de faire.

C.

méthode avec laquelle sont employées les ressources qui restent à l'observateur. Je crois donc être utile à ceux qui voudront étudier les maladies des nouveau-nés, en exposant la méthode d'exploration qui m'a paru la plus utile dans mes recherches faites à l'Hospice des Enfans Trouvés, et dans quelques cas particuliers.

Les trois principaux obstacles qui s'opposent à une exploration rigoureuse, sont : 1° L'absence de la parole chez les malades ; 2° l'agitation ordinairement très-violente que détermine l'examen, et qui ne permet pas d'explorer certains organes et certaines fonctions ; 3° les cris qui accompagnent cette agitation, et qui pourraient faire croire que l'on cause de la douleur à l'enfant, lorsqu'on n'excite que son impatience et réciproquement.

L'absence de la parole nous prive de tout renseignement par le malade, sur les antécédens, sur le début, sur tout ce qui se passe dans l'intervalle des deux visites, sur les douleurs qu'il éprouve, sur les altérations des fonctions sensoriales, sur la perte de l'appétit, la soif, etc., etc.

Les antécédens qui consistent, non-seulement dans tout ce que l'enfant a éprouvé avant sa maladie, mais la santé et le genre de vie des parens pour les enfans de quelques mois, comme pour les nouveau-nés, et dans les circonstances de l'accouchement pour ces derniers seulement, ne pouvant être donnés que par des gens souvent très-ignorans et pleins de préjugés, on conçoit que les questions multipliées, les débats contradictoires, si utiles quand on interroge les adultes, le deviennent bien davantage dans ce cas. J'ai toujours vu qu'on accordait trop légèrement sa confiance aux rapports de personnes qui, souvent incapables d'indiquer ce qu'elles éprouvent elles-mêmes, expliquent en détail tout ce qu'a éprouvé l'enfant, avec plus d'assurance que n'oserait le faire l'observateur le plus habile et le plus attentif. Les mêmes observations s'appliquent aux renseignemens fournis sur le début de la maladie, et sur les remarques faites dans l'intervalle des visites. Il me suffit de les avoir présentées pour qu'on en sente l'importance. Quant aux autres signes, tels que les douleurs perçues par le malade, la perte de l'appétit, la soif, etc., l'enfant a pour nous les fournir, ce que Billard appelle moyens d'expression des nouveau-nés, bien préférables au récit des nourrices. Ces moyens sont : l'expression de la face, le cri provoqué ou non, les mouvemens, le plaisir qu'a l'enfant à contempler la lumière ou le soin qu'il met à la fuir ; l'avidité avec laquelle il prend le sein, tète le doigt qu'on introduit dans sa bouche, se jette sur les boissons qu'on lui présente. Billard n'a admis que les deux premiers. Il ne me sera pas difficile de faire sentir l'importance des autres.

Mais d'abord remarquons que si l'on ne prend pas les précautions nécessaires, plusieurs de ces moyens d'expression sont entièrement perdus. Approchez-vous, en effet, d'un enfant malade, comme on le fait trop souvent, soulevez-le, faites-le dépouiller, et à l'instant, il va entrer dans une agitation entière. Les mouvemens spasmodiques, les cris, les contractions de la face, la suffocation vont survenir, et dès lors, rien qui distingue par la physionomie, le cri et les mouvemens, les enfans sains des enfans malades. Ainsi donc, qu'on se garde bien d'approcher brusquement les enfans, de les toucher, et de les réveiller s'ils sont endormis ; tout au contraire, si à l'arrivée du médecin, ils sont agités, on doit leur faire prendre le sein, ou les faire boire, et puis les coucher, afin qu'ils rentrent dans le calme. Un sommeil léger, pendant lequel la face gardera son expression, et qu'interrompront à de plus ou moins longs intervalles quelques faibles cris et de légers mouvemens, permettront alors à l'observateur, de recueillir ces signes importans.

On étudiera d'abord l'expression de la face. Billard a très-bien remarqué qu'elle avait dans les maladies un caractère particulier ; mais a-t-il eu raison d'avancer qu'elle conserve l'expression qu'elle prend ordinairement pendant les cris ? C'est ce que je ne déciderai pas ici. Il n'entre pas dans mon plan de disputer de la valeur des signes, ce qui exigerait une longue analyse de faits, mais seulement d'indiquer le moyen de les obtenir. Qu'on note donc tous les traits dessinés sur la face, sans oublier ceux qu'a indiqués M. Jadelot ; car, malgré l'assertion de M. Ensèbe de Salles, j'ai souvent trouvé ces traits sur la face des nouveau-nés.

La face éprouve souvent des contractions spontanées ; elle se grippe douloureusement comme si l'enfant allait crier ; quelquefois même, des cris plaintifs et des grognemens annoncent, à ne pas douter, que l'enfant éprouve des douleurs plus ou moins vives. N'est-il pas absolument nécessaire de tenir note de tous ces phénomènes, si l'on veut enfin parvenir à comprendre ce langage obscur des organes malades, si la bouche reste grandement ouverte comme si l'air manquait à l'enfant ; si les mouvemens brusques de la tête, soit latéralement, soit en arrière, viennent interrompre le sommeil qui recommence bientôt : tout cela n'annonce-t-il pas une cause passagère d'agitation, qu'il importe de connaître ? Or, l'observation, pendant le calme, est le seul moyen d'y parvenir. Le cri non provoqué, qui seul fait partie de ce temps de l'exploration, mérite une attention particulière. Lorsque pendant le sommeil ou l'assoupissement, le trouble est poussé jusqu'à faire pousser des cris, on est porté à croire que la cause est très-active, et que les douleurs sont très-vives. J'ai été plusieurs fois témoin d'un fait qui peut jeter quelque jour sur cette question. Etant auprès des malades, je voyais survenir une contraction de la face, des rides se former sur le front, les sourcils se rapprocher, la bouche s'ouvrir ; des cris plaintifs étaient souvent poussés ; enfin, une garde-robe avait lieu, le calme revenait, et n'était plus interrompu. Ainsi, les phénomènes précédemment indiqués se manifestaient avant une selle, probablement précédée de coliques. Si pareille chose arrivait en présence de l'observateur, il devrait en tenir note, et diriger sur ce point l'attention des personnes chargées du soin de l'enfant.

Billard n'a, pour ainsi dire, donné qu'une description physique du cri de l'enfant. Il l'a divisé en cri pro-

prement dit, et en reprise ; il a appelé cri incomplet celui qui manque de l'une ou de l'autre de ces parties, et s'est ensuite beaucoup étendu, sur la faiblesse, la force, la rancité, l'acuité, etc. D'autres caractères m'ont paru très-importans. Ainsi, j'ai noté avec soin le cri languissant, plaintif, traînant, en un mot, les caractères moraux du cri, ceux par lesquels l'enfant semble vouloir exprimer ses douleurs, et inspirer la compassion à ceux qui l'entourent. Chacun peut facilement apprécier ces caractères qui ne sauraient manquer d'avoir une grande importance.

Il est encore d'autres recherches qui doivent être faites pendant le calme. Celles-ci ne portent plus sur les moyens d'expression de l'enfant, mais sur des choses tout à fait indépendantes de sa volonté, etc. ; ce sont la coloration de la face, l'état du pouls, la fréquence de la respiration et les battemens du cœur. Il n'est pas besoin d'insister sur la nécessité de prendre cette précaution dans l'examen de la coloration de la face ; j'ai déjà dit que par suite des cris et des suffocations de l'enfant, elle devenait ordinairement livide, et que la nuance imprimée par la maladie se perdait sous cette couleur foncée.

L'état du pouls, pour être bien apprécié, exige, outre le calme de la part de l'enfant, des précautions de la part de l'observateur, qui méritent une mention particulière. Les anciens ne paraissent avoir tenu aucun compte de l'état du pouls dans l'étude des maladies. Il faut arriver à Billard, pour trouver quelques recherches sur le pouls des enfans sains, et quelques notes sur le même sujet dans ses observations. Billard indique d'abord, comment il faut s'y prendre pour tâter le pouls aux nouveau-nés. Voici comment il s'exprime : « On doit éviter, autant que possible, de saisir et de fixer avec une main le bras de l'enfant, parce qu'il fait alors des mouvemens continuels pour se débarrasser des doigts qui le compriment ; il vaut mieux lui laisser les bras libres, et appliquer doucement la pulpe de l'indicateur sur le trajet de l'artère radiale, etc. » (1). On voit d'abord que Billard n'a pas songé à tâter le pouls, pendant l'assoupissement dans lequel les enfans passent presque toute la première partie de leur existence, et qu'il est si facile d'obtenir. Qu'en est-il résulté ? Que Billard a éprouvé les plus grandes difficultés pour compter le pouls, et qu'en désespoir de cause, il s'est vu réduit à recourir soit au stéthoscope, soit à l'application de la main, pour suppléer aux moyens qui ne pouvaient lui réussir. Ce n'est pas tout, lorsqu'il s'est agi de rechercher la fréquence du pouls chez les enfans sains, Billard qui pouvait opérer sur un si grand nombre des sujets, peut à peine en citer une quarantaine sur lesquels il a compté le pouls, et ce qui est encore plus grave, dans l'immense majorité de ses observations, il n'est en aucune manière parlé ni de son état ni de sa fréquence. Billard était un trop bon esprit pour négliger volontairement ce point important ; mais, il faut le reconnaître, les difficultés extrêmes qu'il rencontrait le plus souvent lui faisaient renoncer à une exploration si nécessaire. Allons plus loin, et admettons même que par la méthode de Billard, on pût facilement compter le nombre des pulsations : l'agitation, les mouvemens, la fréquence de la respiration n'apporteront-ils donc aucun changement dans la fréquence, et le plus ou moins d'intensité de ces causes, ne fera-t-il pas varier les résultats ? Ces réflexions se présentent si naturellement, qu'on ne conçoit pas qu'un observateur comme Billard ne les ait pas faites. Pour moi, lorsque j'ai eu le malheur de réveiller l'enfant, ou que je n'ai pas pu rétablir le calme, je me suis presque toujours vu dans l'impossibilité de compter le pouls.

Je saisis donc le moment où l'enfant est encore endormi, je glisse très-légèrement l'extrémité d'un doigt sur l'artère radiale ; si l'enfant fait quelques mouvemens, je les suis sans les contrarier, ils cessent bientôt, le sommeil n'est pas interrompu, et je peux alors compter le pouls, quoiqu'il soit à un degré de petitesse extrême. Lorsque les mouvemens continuent, l'enfant fléchit et raidit son bras tour à tour, il fait des mouvemens de pronation et de supination ; il contracte les muscles de l'avant-bras de manière à en faire saillir les tendons, et cela avec d'autant plus d'intensité, que l'on persiste davantage, jusqu'à ce qu'enfin tout à fait réveillé, il se livre à une agitation si violente qu'il n'y a plus de repos. Il faut alors, quoi qu'en dise Billard, renoncer à l'exploration. Malgré toutes ces précautions, il n'arrive encore que trop fréquemment de voir survenir cette agitation, et l'on doit comprendre par là combien l'examen est délicat et exige de patience, et combien le procédé de Billard est inefficace. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'on doit, en même temps qu'on compte le pouls, prendre note de ses autres qualités. Ce procédé m'a si bien réussi que sur trente-cinq observations prises depuis, j'ai noté, comme fait unique, un seul cas où je n'ai pu compter le pouls que cinq fois dans treize jours, l'agitation du sujet étant très-grande. Dans les autres, j'ai pu compter le pouls huit à neuf fois sur dix tentatives.

Il serait sans doute fort important de pouvoir noter également la fréquence des battemens du cœur pendant que les enfans sont calmes. Mais l'application de la main ou du stéthoscope les réveille presque infailliblement, et le nombre des battemens augmente alors d'une manière si sensible qu'il serait plus nuisible qu'utile d'en tenir compte. Quant à la respiration, la difficulté vient de la manière dont on habille les enfans, surtout en hiver ; ils sont si bien emprisonnés qu'il est ordinairement impossible de voir le jeu du thorax, et si on les découvre, l'inconvénient si souvent signalé a lieu sur le champ. D'un autre côté, il est le plus souvent impossible de distinguer la dilatation des narines ou tout autre mouvement d'inspiration. Dans des cas exceptionnels, lorsque la respiration est très-embarrassée, que les narines sont obstruées par des mucosités desséchées, ou que la membrane pituitaire est enflammée et gonflée, qu'on peut entendre et compter les inspirations qui se font bruyamment par le nez ; dans ce cas, on devra soigneusement en prendre note.

(1) Livre cité, page 70.

Enfin, et je dois insister sur ce point, on devra profiter de ce temps de l'exploration pour noter le degré d'excitabilité des malades. On conçoit, en effet, que malgré toutes les précautions, on ne peut pas s'empêcher de les déranger un peu de leur sommeil. Or, ce léger dérangement suffira chez les uns pour produire sur le champ le réveil, chez les autres, il déterminera à peine quelques mouvemens; chez d'autres, enfin, il n'agira pas plus que sur des corps inertes. Ces divers degrés coïncideront avec divers degrés de maladie, et même avec des maladies diverses, et l'observateur pourra en tirer de précieux résultats.

Voilà tous les points sur lesquels devra se fixer l'attention du médecin pendant l'état de calme. Il est à peine nécessaire de faire sentir toute la différence qui existe entre cette manière de procéder et celle qu'on met en usage chez l'adulte. Chez les nouveau-nés, en effet, après avoir pris tous les renseignemens sur les antécédens et le début, il ne s'agit pas de continuer, passer immédiatement d'abord à l'examen de l'habitude extérieure, en découvrant le malade autant que possible, et ensuite, à étudier l'état de ses organes et de ses fonctions, soit en suivant l'ordre anatomique comme le font quelques praticiens, soit en suivant l'ordre physiologique plus convenable et plus sûr. Une irrégularité, un désordre complet, remplace pour nous cette marche si bien tracée. Ainsi le veut la force des choses, et si les règles de la clinique ont été posées pour éviter des oublis et des omissions graves, les mêmes raisons doivent nous les faire violer quand il s'agit des maladies des nouveau-nés.

Ainsi, avant que l'enfant ne s'éveille, on notera d'abord l'expression de la face, sa coloration, ses mouvemens, puis les mouvemens spontanés de la tête et du corps, puis le cri non provoqué et sa nature; on passera ensuite à l'examen du pouls, et enfin, on comptera le nombre des battemens du cœur et des inspirations quand la chose sera possible, et qu'on croira pouvoir accorder quelque confiance aux résultats. Pendant toutes ces recherches qui constitueront ce que j'appellerai *la première partie de l'exploration clinique des nouveau-nés*, l'observateur tiendra note des effets produits par l'exploration elle-même, et qui pourront le fixer sur le degré d'excitabilité des enfans.

La seconde partie de l'exploration peut se faire facilement pendant l'agitation des enfans, et s'il en était autrement elle serait tout à fait impossible. On conçoit dès lors que la marche à suivre ne diffère plus sensiblement de celle qui est indiquée dans les leçons cliniques; et mon objet étant de ne rien dire que de spécialement applicable aux nouveau-nés, je ne signalerai que ce qui me paraîtra s'écarter des moyens d'exploration mis habituellement en usage chez les adultes. Il se présente d'abord un nouvel obstacle, c'est le dernier des trois que nous avons signalés en commençant. Que l'enfant soit malade ou non, que les parties que vous examinez soient ou ne soient pas douloureuses, dès que vous touchez un point du corps, l'enfant crie, et crie violemment. Comment distinguez-vous ces cris d'impatience des cris causés par la douleur? La nature du cri devra, sans doute, être encore notée comme on l'a fait dans la première partie; mais elle sera d'un bien faible secours, l'impatience et la colère donnant aux cris de tous les enfans agités le même caractère. Pour parer à cet inconvénient, il faut nécessairement chercher les moyens de fixer si bien l'attention des petits malades qu'ils ne crient que lorsqu'on leur cause réellement de la douleur. Prenons pour exemple l'examen du ventre pour lesquels ces préceptes sont d'une importance majeure. Si vous palpez, comme on a coutume de le faire, l'abdomen sur les enfans couchés, infailliblement ils crieront, et le plus souvent avec une espèce de rage; ceux dont le ventre sera plus sensible pousseront peut-être des cris un peu plus violens; mais comment distinguer des nuances si fugitives? Encore, si après les premiers instans, ceux à qui l'on ne fait aucun mal se calmaient; mais, le plus souvent au contraire, l'agitation va toujours croissant, et alors des inspirations incomplètes, accompagnées de suffocations remplacent les cris; l'enfant se pâme, comme disent les nourrices, on est forcé d'interrompre l'examen. Alors, on met le doigt dans la bouche du malade, on lui donne un linge trempé dans du lait sucré, pour qu'il s'appaise en tétant: j'ai mis ces moyens en usage, ils ne m'ont pas réussi; toujours, après un moment de repos, dès que je voulais recommencer l'examen, l'agitation recommençait aussi. Faire prendre le sein vaudrait mieux sans doute; mais outre que l'enfant peut le refuser, la position dans laquelle on est forcé de le mettre, devient fort incommode pour l'observateur. J'ai songé alors, à profiter de l'espèce d'avidité avec laquelle les nouveau-nés contemplent une lumière vive, et j'ai vu que ce moyen était, sans contredit, le meilleur. Je mets l'enfant sur son séant; je le soutiens par derrière, et je fixe avec une main sa tête qui, sans cette précaution, tomberait sur sa poitrine. Dans cette position, je l'expose au grand jour, presque immédiatement ses cris cessent; il ouvre de grands yeux et regarde fixement. Je palpe alors le ventre, et ordinairement, il n'y a pas même de mouvement d'impatience, lorsque la pression n'est pas douloureuse. J'ai pu presser la paroi abdominale jusqu'à toucher la colonne vertébrale, et cela, par secousses brusques, chez des enfans qui dans cet état ne donnaient plus aucun signe de sensibilité tandis que auparavant, et lorsqu'ils étaient couchés, le moindre attouchement provoquait des cris furieux. Lorsque la pression est douloureuse, elle détermine chaque fois des cris aigus; mais on a encore cet avantage de les voir cesser avec la pression, ce qui ne laisse plus aucun doute sur leur cause. Si l'exposition à la lumière ne suffit pas pour calmer un seul instant le petit malade, on peut être sûr que ses douleurs sont aiguës et continuelles. Si, enfin, l'expression de la lumière était elle-même douloureuse, ce que je n'ai jamais remarqué, ce serait encore un signe précieux qu'il ne faudrait pas négliger. Ce que je viens de dire par rapport à la sensibilité du ventre à la pression, s'applique si bien aux autres parties, qu'il est inutile d'insister davantage.

L'examen de la bouche se fait avec facilité, il suffit de presser un peu sur le menton, l'enfant crie, aussitôt

la bouche s'ouvre largement. On peut alors sans peine en voir toutes les parties et en abaissant la langue, on rend le pharynx parfaitement accessible à l'œil. On n'éprouve pas chez les nouveau-nés les mêmes obstacles qu'après la première dentition. Alors, en effet, les enfans se refusent opiniâtrement à ouvrir la bouche, ils serrent les dents avec force et l'on est obligé d'avoir recours à des moyens particuliers dont l'exposition n'est pas de mon sujet. On ne doit pas négliger dans cet examen de la bouche d'introduire le doigt dans sa cavité, et cela non-seulement pour juger de la chaleur, de la sécheresse, etc., etc., des parois, mais encore pour observer la manière dont le doigt y est reçu. En effet, dans quelque moment qu'on s'approche d'un enfant, s'il est bien portant, il exercera sur le doigt quelques mouvemens de succion plus ou moins vigoureux, il en sera de même si son affection est légère ou commençante; mais si l'affection est grave, et parvenue à son plus haut degré, il ne *tètera* pas, il ouvrira la bouche en criant, ou bien il sera insensible à l'introduction du doigt, ou plus souvent encore il le serrera entre les gencives en même temps que la face se contractera douloureusement. C'est surtout lorsque cette introduction occasionnera de la douleur, que l'ouverture de la bouche accompagnée de cris aura lieu presque infailliblement; l'importance de ces signes n'a pas besoin d'être démontrée.

Le médecin doit toujours demander qu'on fasse boire l'enfant devant lui. Il notera d'abord l'avidité avec laquelle les boissons seront prises ; s'en fier aux nourrices là dessus serait s'exposer à de graves erreurs. Cependant comme les alimens des enfans sont liquides, et que le malade peut les prendre pour des boissons ou réciproquement, il est bien difficile de distinguer la soif de l'appétit ; on en sera réduit à s'en rapporter aux renseignemens qui nous apprennent avec plus ou moins de probabilités, si l'enfant préfère les boissons désaltérantes, aux boissons nourrissantes, toujours, du moins, pourrons-nous savoir s'il y a appétence ou dégoût. Mais, ce n'est pas tout, cette précaution sert encore à faire connaître comment s'opère la déglutition; et de plus elle jette quelque lumière sur l'état des organes respiratoires. On sait que les enfans boivent avec tant d'avidité qu'ils ne se donnent pas le temps de respirer; ils sont bientôt essoufflés et obligés de s'arrêter de temps en temps pour faire quelques inspirations profondes et bruyantes. Chez ceux qui ont des affections graves des poumons, la toux se mêle à cette respiration entrecoupée, avec une telle violence que le nouveau-né repousse le verre en criant et que les enfans plus âgés et plus intelligens, ayant une fois éprouvé cet accident, se refusent quelquefois opiniâtrément à boire de nouveau, quels que soient les efforts des assistans pour vaincre leur résistance. De pareils signes dirigeraient nécessairement l'attention vers les organes respiratoires.

L'examen de ces organes ne présente presque rien de spécial. La percussion de la poitrine se fait d'une manière généralement connue : on soulève l'enfant d'une main et pendant que, suspendu en l'air, il ne peut opposer qu'une très-faible résistance, on percute avec l'autre main. Si l'on voulait employer le plessimètre, il faudrait être nécessairement deux et encore éprouverait-on des difficultés. Je n'ai jamais pu me servir du stéthoscope d'une manière satisfaisante, les mouvemens de l'enfant dérangeaient sans cesse l'instrument : mais il m'a toujours été facile d'appliquer l'oreille.

C'est ici que le cri doit être examiné sous le rapport physique; c'est-à-dire comme l'a fait Billard. L'agitation et l'impatience étant grandes en effet, l'enfant donne toute l'intensité possible à son cri dont la force, la raucité, etc., peuvent être facilement appréciées.

Quant à l'état des forces il n'y a qu'un seul moyen de le juger, c'est de s'opposer aux mouvemens de l'enfant et de noter les efforts qu'il fait pour se débarrasser.

Voilà toutes les particularités que présente l'examen clinique des nouveau-nés. Mais à quoi serviraient tous ces préceptes, si l'observateur n'était pas bien convaincu que cet examen doit être fait à toutes les visites, avec autant de soin et aussi complétement que la première fois. On peut souvent chez un adulte, après un examen circonstancié, s'en rapporter à lui sur bien des points; mais si l'affection est grave au point d'ôter au malade le libre exercice de ses facultés, cet examen doit être recommencé tous les jours sur nouveaux frais. Les nouveau-nés sont toujours dans ce dernier cas. Sans doute les personnes qui leur donnent des soins pourront donner des renseignemens très-utiles ; mais qu'on se garde bien de se fier entièrement à elles ; j'ai vu des abcès dans les articulations, des érysipèles, des bosses sanguines, etc., n'être aperçus par elles qu'après avoir fait de très-grands progrès, et l'on conçoit sans peine que faute de voir par ses propres yeux, on s'expose à ignorer plus ou moins longtemps beaucoup d'autres accidens de ce genre. Ainsi, en résumé, l'examen clinique des nouveau-nés doit se composer de deux parties; la première exige le calme des enfans, et l'ordre physiologique y est complétement interverti, comme on peut le voir plus haut. Dans la seconde, l'agitation n'est plus un obstacle, et l'ordre physiologique est rétabli, mais elle exige quelques précautions fort importantes, comme je me suis efforcé de le démontrer.

N° 20. — 14 MAI.

CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR CHOMEL.

Rhumatisme articulaire aigu, péricardite ; endocardite ; épanchement pleurétique droit ; traitement par les saignées à haute dose ; mort ; par M. le docteur GRISOLLE, chef de clinique de la faculté de l'Hôtel-Dieu.

M. le professeur Bouillaud a fait de nombreuses et belles recherches sur l'inflammation de la membrane interne du cœur. Néanmoins, malgré ses louables efforts, l'histoire de cette maladie est encore peu avancée. Il est difficile, en effet, d'en réunir les matériaux ;

car on trouve rarement l'occasion de constater sur le cadavre les caractères anatomiques de cette affection, du moins dans ses premières périodes. Je livre donc à la méditation de mes lecteurs le fait suivant qui est remarquable sous plusieurs points de vue.

Miguet (Louise), âgée de 27 ans, lingère, affirme n'avoir jamais eu d'affection rhumatismale : elle a toujours joui d'une bonne santé. Accouchée il y a sept ans, ses règles apparaissent régulièrement tous les mois, et ne coulent que pendant deux ou trois jours. Elle habite au septième étage dans la rue Saint-Jacques. Sa nourriture est bonne. Elle ne connaît personne dans sa famille qui ait des accès de rhumatisme ou de goutte. Interrogée plusieurs fois sur les circonstances qui ont précédé la maladie actuelle, Louise assure *qu'elle ne s'est pas refroidie*, qu'elle n'a fait *ni courses ni ouvrages forcés*. Le 13 mars, pendant qu'elle était occupée à coudre, elle éprouve tout à coup des douleurs dans les fesses, les cuisses et les mollets. Pendant les quatre jours qui suivent, elle peut se livrer, quoique avec peine, à ses occupations journalières, mais le 18, ses souffrances sont si vives, qu'elle est forcée de s'aliter ; la fièvre s'allume en même temps que toutes les articulations des membres inférieurs se prennent à la fois. Le 21 (neuvième jour de la maladie), Louise est apportée sur un brancard dans les salles de la Clinique. Examinée le jour même, à la visite du soir, voici ce que nous observons : C'est une femme de moyenne taille ; son embonpoint est considérable, mais ses chairs sont flasques ; sa peau est blanche ; elle a les cheveux chatains ; elle est couchée en supination, immobile dans son lit ; elle se plaint vivement des muscles de la région lombaire, des mollets et des cuisses ; les pieds sont peu douloureux ; elle souffre davantage des genoux qui, d'ailleurs, ne sont point rouges et à peine tuméfiés. Les membres supérieurs et les articulations du tronc sont exempts de douleurs. Il y a peu de céphalalgie ; la langue est humide, sans enduit ; la soif vive, l'appétit est perdu ; il y a constipation depuis trois jours ; les mouvemens respiratoires s'exécutent sans douleurs ; la percussion est bonne partout.

La respiration vésiculaire, dans tous les points, s'entend distinctement à la région précordiale. Celle-ci n'offre aucune déformation appréciable.

D'ailleurs, le volume considérable des mamelles, empêche de limiter exactement le cœur en haut, en bas en dehors. Aucune matité n'existe le long du bord sternal gauche. Les battemens du cœur sont réguliers. Les deux bruits sont distincts et ont leur timbre normal. La percussion n'excite aucune douleur locale. Le pouls bat 104 fois ; il est large et dur ; la chaleur générale est halitueuse.

(Saignée 18 ℥), pas de sommeil. Les douleurs redoublent pendant la nuit. Le 22, les deux rotules sont soulevées par l'épanchement qui s'est formé dans les genoux. La douleur a augmenté dans les deux articulations tibio-tarsiennes. La sensibilité est vive dans la continuité des cuisses et dans les lombes. Le pouls à 120, large et dur. La chaleur est médiocre ; le thorax et le cœur en particulier n'offrent que les résultats négatifs de la veille. (Saignée 18 ℥). Le soir, pouls 108 ; agitation extrême ; cris aigus arrachés par les douleurs devenues intolérables ; la tuméfaction des genoux et des pieds a augmenté. (Saignée 18 ℥). Pas de sommeil ; mêmes douleurs, même agitation. A neuf heures du soir, nous prescrivons deux grains d'opium qui calment les souffrances et procurent plusieurs heures d'un sommeil paisible. Le 23, pouls 96, large et dur. Le premier bruit du cœur est un peu plus clair, les douleurs sont un peu moins vives ; il y a moins d'immobilité dans les membres inférieurs ; les genoux sont plus tuméfiés ; ils ont pris une forme globuleuse. Les deux poignets sont douloureux. Une selle. (Saignée de trente ℥, suivie d'une syncope). Le soir, pouls à 100, d'une résistance médiocre. La malade se plaint vivement du poignet, du coude gauche et des deux pieds. Si on percute la région précordiale, on y excite une très-légère douleur dans une étendue de deux pouces transversalement, à dater du bord gauche du sternum. Cette même sensibilité n'existe pas dans le point correspondant du côté opposé. Il n'y a ni voussure appréciable, ni matité le long du sternum. La respiration s'entend à toute la région précordiale. En dehors et en bas du mamelon, on perçoit distinctement, dans l'étendue d'un pouce environ, un très-léger souffle accompagnant le premier bruit du cœur. Point de dyspnée ; il y a 20 respirations par minute ; point d'œdème, point de syncopes ; aucune tendance aux lypothymies. Dans la soirée, les souffrances sont si aiguës qu'on donne à la malade deux grains d'opium qui la calment et lui procurent du sommeil.

Le 24 ; sentiment de grande faiblesse, pâleur générale, les douleurs sont à peu près stationnaires, langue blanchâtre, pas de selles, le bruit de souffle plus fort que hier, diffus, s'entend dans toute la région précordiale. Au niveau du mamelon, l'oreille perçoit un très-léger bruit de râpe, point de voussure, même sensibilité à la percussion (1), pouls 100, large et régulier (saignée 18 ℥) ; le soir, agitation, cris aigus arrachés par les douleurs atroces que la malade éprouve dans les épaules, les poignets et les pieds : 20 respirations, pouls 108, assez large, bruit de souffle plus faible, le bruit de râpe n'existe plus.

Saignée, on ne peut tirer que 8 ℥ de sang à cause d'une syncope qui survint (2 gr. d'opium, la nuit). Le 25 ; pouls 112, assez ample, même souffle et même sensibilité de la région précordiale, douleurs un peu moindres, quelques sueurs la nuit dernière, pas de selles, langue blanchâtre, soif. Ricin, demie once pour 2 pots, qui procure plusieurs selles. Le soir, même état stationnaire, pouls 104, large, (saignée ℥ 18) (2). Dans la soirée, les douleurs s'aggravèrent considérablement,

---

(1) Cette douleur de la région précordiale que la percussion détermine est excessivement faible, et la malade ne s'en plaindrait pas si on n'appelait son attention sur elle.

(2) Dans toutes les saignées, le sang a été couenneux ; la proportion de serum a augmenté avec le nombre de saignées faites.

2 grains d'opium sont nécessaires pour calmer la malade.

Le 26 ; chaleur halitueuse, pouls 104, mou, même souffle, affaissement, sentiment d'une grande faiblesse, pâleur anémique, douleurs aiguës et gonflement du genou et du pied gauches, toutes les articulations du membre supérieur droit sont prises (chiendent). Elle se plaint et crie toute la journée, 3 grains d'opium sont nécessaires pour la calmer. Du 27 mars au premier avril, le pouls mou, varie de 100 à 116, la chaleur est sèche, le nombre des respirations s'élève de 20 à 30, le bruit du souffle reste à peu près le même, tantôt diffus, tantôt limité au voisinage du mamelon ; une seule fois on entend, pendant une demi-journée, un léger bruit de frôlement à 2 pouces en dehors du sternum, la région précordiale est toujours un peu sensible à la percussion, la respiration s'y entend bien, pas de matité anormale le long du sternum, langue blanchâtre, soif, selles rares, les douleurs restent bornées aux pieds, au genou, au poignet et à l'épaule gauche (lait de poule). Le premier avril, il y a un grand affaissement, la douleur de la région précordiale a augmenté, la respiration y est pure, on n'y constate ni matité ni voussure, le bruit de souffle persiste, il y a 30 respirations, le pouls régulier, égal, peu fort, bat 116 fois, il n'y a ni œdème, ni syncopes, ni délire, la langue est un peu sèche, les douleurs sont stationnaires (20 sangsues à la région du cœur). Le soir, il y a 40 respirations et 100 pulsations, le pouls mou, offre 4 à 5 intermittences par minute, le bruit de souffle est à peine marqué, la malade est très-accablée. Les sangsues ont peu coulé (vésicatoire sur le sternum, cataplasmes, sinapisés aux mollets). Le 2 ; même irrégularité du pouls qui, quoique ample résiste à peine à la pression du doigt, le bruit de souffle est limité à un petit espace, assoupissement, point de lypothymies, les douleurs rhumatismales occupent les mêmes articulations, le vésicatoire n'ayant point pris, on le réapplique le soir. Le pouls compté pendant quelques minutes, n'offre plus d'intermittences, il est à 104.

Le 3 ; un peu de délire la nuit, le pouls 100, régulier ; 40 respirations, toux fréquente sans expectoration et sans râles (chiendent, bouillon, sinapismes). Le 4 ; toute sensibilité locale a disparu à la région précordiale, le bruit de souffle existe à peine, le pouls est irrégulier, la chaleur de la peau est assez vive, assoupissement, rêvasseries ; le soir, les douleurs articulaires sont devenues très-vives dans les lombes, les poignets, les épaules, les coudes ; chaleur vive et âcre ; pouls 108, ample et assez dur, toux fréquente, râle sibilant, général dans le côté droit. 44 respirations, agitation, un peu de délire (saignée de 13 ℥) (1).

Le 5 ; pouls 100, régulier, très-mou, bruit de souffle persistant. Le 6, douleurs moindres. Le 7, le bruit de souffle a complétement cessé, les battemens du cœur ont leur timbre ordinaire (1) ; le délire a cessé, le facies est calme. Le 8, état satisfaisant (bouillon). Le 9, sans frisson ni douleur préalables, on constate, dans le 1/4 inférieur du côté droit de la poitrine, un peu de faiblesse du bruit respiratoire, le son y est aussi un peu obscur ; pouls 100, régulier, bruits du cœur naturels, les douleurs articulaires ont cessé. Le 10 dans la journée, émotion morale vive ; elle rejette peu après quelques crachats rougeâtres un peu visqueux, matité du 1/3 inférieur et postérieur du côté droit du thorax, respiration bronchique et retentissement saccadé de la voix : pouls 108, faible, 44 respirations, dyspnée ; nulle coloration ou œdème, agitation, selles involontaires (large vésicatoire sur le thorax) ; elle succombe dans le courant de la nuit.

(1) Couenne n'existant que par places; caillot mou; la sérosité forme les 3/4 de la masse.

Autopsie, 30 heures après la mort.

Habitus. — Rien à noter dans l'habitus extérieur; aucune infiltration séreuse ou sanguine ; aucun indice de putréfaction, l'enbompoint est assez bien conservé.

Articulations. — Les épaules, les poignets, les pieds, les genoux ont repris leur volume ordinaire ; cependant les chairs de la main gauche sont un peu plus flasques, et la rotule gauche est très-légèrement soulevée par la synovie. L'intérieur de ces articulations est blanc lisse, il s'en écoule une petite quantité de synovie visqueuse, jaunâtre, demi transparente, sans odeur ; toutes les parties constituantes de ces articulations ne nous offrent aucune altération appréciable ni dans leur consistance, ni dans leur coloration, ni dans leur épaisseur.

Crâne. — Pas d'injection, nulle lésion de tissu, substance cérébrale généralement molle.

Thorax. — Poumons, plèvres. — Rien de pathologique dans la plèvre et le poumon gauches. Dans la plèvre droite existe une pinte de sérosité transparente sans floçons, les plèvres costale et pulmonaire sont lisses partout sans fausses membranes ni granulations. Le poumon correspondant, dans son tiers inférieur, est dense, sans friabilité et tout à fait vide d'air. Bronches bleuâtres. Aucune trace évidente de pneumonie.

Cœur et péricarde. — Deux cuillerées à bouche de sérosité citrine sont épanchées dans le péricarde. Il n'existe ni rougeurs, ni épaississemens, ni fausses membranes sur le péricarde pariétal, ni sur la portion de cette séreuse qui recouvre les ventricules et la face antérieure des oreillettes ; mais à la face postérieure de celles-ci, existent quelques fausses membranes grenues ou striées, grisâtres, minces, adhérentes, de formation récente occupant environ un pouce 1/2 carré. Le péricarde reste lisse au-dessous d'elles et non épaissi. Le cœur a un volume plus considérable, son tissu est rouge, sa consistance est bonne ; son diamètre vertical, de la base des ventricules à la pointe, est de 4 pouces, le

(1) Pour éviter toute erreur, j'ai eu soin plusieurs fois d'ausculter comparativement le cœur de plusieurs femmes de la salle, exempt de toute affection.

tranversal a 4 pouces 1/2. Le ventricule gauche, fendu longitudinalement, et le doigt indicateur, introduit dans sa cavité, pénètre ensuite dans l'oreillette correspondante, sans éprouver de résistance. Sur tout le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, on trouve de petites granulations du volume d'une tête d'épingle à un grain de millet, confluentes ou discrètes, grisâtres, assez dures. Les tendons fournis par la colonne charnue qui longe la paroi postérieure du ventricule, sont enveloppés par une matière molle, grisâtre, granuleuse, peu adhérente, friable; cette matière est réunie en masse vers l'extrémité droite de la valvule, de manière à donner à cette partie de la cloison auriculo-ventriculaire gauche, une épaisseur de 8 lignes. Cette augmentation dans l'épaisseur est formée également par une véritable fausse membrane située sur cette portion de la valvule qui forme la paroi inférieure à l'oreillette. Cette production morbide à 6 lignes en surface; elle est très-adhérente, peu granuleuse, grisâtre à l'extérieur, ressemblant un peu aux fausses membranes situées sur le péricarde, à la face postérieure des oreillettes. La matière friable qui double inférieurement la cloison auriculo-ventriculaire, se prolonge transversalement dans l'étendue de plus d'un pouce, formant à la base du ventricule, près de l'orifice aortique, à 3 lignes du sommet des valvules sygmoïdes, une masse qui fait une saillie de 10 lignes dans la cavité du cœur. Cette tumeur est molle, grisâtre et grenue à l'extérieur, un peu élastique, comme spongieuse au-dedans, se détache assez facilement du cœur dont la membrane interne reste dans ce point, grisâtre, opaque, épaissie. Sur le bord libre des valvules aortiques, existe un liseré grenu, grisâtre, formé par des granulations semblables à celles que nous avons vues sur l'orifice auriculo-ventriculaire gauche: plus confluentes cependant que dans ce dernier point, elles sont disposées dans les enfoncemens qui séparent les valvules entre elles en petites masses grenues d'un blanc grisâtre, ressemblant assez bien aux choux-fleurs syphilitiques. L'aorte est exempte de toute altération, elle a 25 lignes de développement au-dessus des valvules.

Dans tout le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, existent des granulations du volume d'un petit grain de millet, représentant à peu près l'état rudimentaire des granulations décrites à l'orifice aortique. La cavité des deux ventricules est notablement agrandie. Le ventricule gauche a une épaisseur de 5 lignes 1/2 à 6 lignes à la base; le droit, 1 ligne à 1 ligne 1/2 (les colonnes charnues n'étant pas comprises).

Le cœur contient dans toutes les cavités des caillots noirâtres non adhérens. Les parenchymes et le système veineux contiennent peu de sang.

Abdomen. — Tous les viscères de cette cavité, examinés avec soin, ne nous présentent aucune altération appréciable.

Remarques.

Telle est l'histoire exacte d'un rhumatisme compliqué de péricardite et d'endocardite. J'établis l'existence de l'endocardite, à cause de la présence de fausses membranes plus ou moins adhérentes à la membrane interne du cœur, devenue opaque et ayant augmenté d'épaisseur dans les points correspondans. Ces fausses membranes offraient un aspect variable suivant la configuration des parties. Au pourtour des orifices, sur le bord libre des valvules, ce sont des granulations isolées ou confluentes, imitant assez bien les choux-fleurs syphilitiques, et adhérant assez intimement à l'endocarde. Entre les tendons des colonnes charnues, c'est une matière spongieuse, friable, granulée à sa surface, réunie en masses irrégulières, différant beaucoup, pour l'aspect, des caillots fibrineux décolorés, qu'on observe si souvent dans le cœur. A la face supérieure de la valvule bicuspide, la fausse membrane est disposée en nappe comme celles qu'on rencontre sur les autres surfaces séreuses et spécialement sur le péricarde. Il paraîtrait donc, d'après cet examen comparatif, que la disposition du bord libre des valvules, favoriserait la formation des végétations albumineuses ou véruqueuses. Je serais porté à regarder ces productions comme le résultat d'une exhalation à la surface des points enflammés. Cette manière d'envisager le produit morbide, me paraît plus rationnelle que celle qui l'attribuerait à la fibrine du sang coagulé par l'inflammation de l'endocarde. La présence de la fibrine dans la fausse membrane, ne sera point invoquée en faveur de cette dernière opinion, puisque les recherches modernes ont démontré que dans toute fausse membrane des séreuses, il y a à la fois de la fibrine et de l'albumine combinées. Je dois avouer cependant que des doutes peuvent s'élever sur la source de cette matière jaune, élastique, grenue, qui faisait tumeur à la base du ventricule, elle a été regardée par quelques personnes comme une concrétion sanguine, décolorée adhérant à une portion enflammée de l'endocarde. Comme l'endocardite s'accompagnait chez ce sujet de péricardite, il est peut-être difficile, dans la symptômatologie, de faire la part exacte de ces deux affections. Il est raisonnable pourtant de rapporter la plupart des symptômes à l'altération la plus grave, c'est-à-dire à l'endocardite. Notons, en passant, que ces deux maladies ne paraissent pas s'être développées d'une manière purement métastatique; il y a eu bien plutôt coexistence de l'endo-péricardite et du rhumatisme articulaire.

A aucune époque de la maladie, je n'ai constaté ces battemens énergiques, ces palpitations aiguës, regardées par M. Bouillaud comme un symptôme d'endocardite. Un des phénomènes les plus remarquables que nous ayons noté, c'est une douleur qu'on excitait lorsqu'on comprimait ou qu'on percutait la région précordiale. Cette douleur qui manque, d'après M. Bouillaud, dans l'immense majorité des cas, dépendait-elle de la péricardite, limitée à la face postérieure des oreillettes? Cette supposition me paraît peu admissible. Un symptôme plus remarquable encore que la douleur, c'est ce bruit de souffle obscur et limité dans un point circonscrit vers la pointe du cœur, devenant diffus ensuite, se propageant à toute la région du cœur, ayant

dégénéré une seule fois au pourtour du mamelon, en un bruit de râpe très-distinctement perçu. Ce qu'il y a de très-extraordinaire dans ce fait, c'est que la lésion des valvules restant probablement la même, s'étant peut-être accrue, nous avons vu ce bruit de souffle tantôt fort, tantôt faible, tantôt diffus, tantôt circonscrit, finir par disparaître complétement dans les deux derniers jours de l'existence. A cette époque, le timbre des battemens du cœur était devenu tout à fait normal. Ce fait bien constaté, que devons-nous penser de cette fameuse théorie, tant prônée, quoiqu'elle manque encore de preuves expérimentales ou directes qui consiste à attribuer les bruits du cœur à la tension des valvules. On a pu voir, en effet, que dans l'observation précédente, une altération grave, existant à presque toutes les valvules du cœur, les deux bruits de ce viscère ont repris néanmoins leur timbre ordinaire à une époque avancée de la maladie.

L'épanchement séreux qui s'est rapidement formé dans la plèvre droite, et qui me paraît avoir hâté la terminaison fâcheuse de la maladie, tient probablement à une gêne de la circulation; car il était indépendant de toute phlogose, et ressemblait beaucoup à ces hydropisies pleurales, si fréquentes dans les affections organiques du cœur.

L'examen le plus attentif de toutes les articulations, n'a fait découvrir dans aucune d'elles le plus léger vestige d'un travail inflammatoire quelconque. Ce fait ne sera pas inutile dans l'histoire du rhumatisme; car, quoique la malade ait succombé deux jours après la cessation des douleurs, il est probable, cependant, que si le rhumatisme était une inflammation ordinaire, il aurait dû laisser quelques faibles traces de son passage dans des tissus qu'il a envahis pendant vingt-cinq jours.

Huit livres de sang ont été tirées à la malade dans l'espace de cinq jours. Cependant, quelque énergique qu'ait été cette méthode elle a été évidemment impuissante; elle n'a pu ni juguler le rhumatisme, ni prévenir, ni combattre les lésions survenues du côté du cœur: elle a été même impuissante pour calmer les douleurs. Les saignées répétées ont-elles contribué à la mort de la malade? Je l'ignore... mais je pense qui si les saignées faites suivant la nouvelle formule, comptent déjà d'heureux résultats, la science et l'humanité exigent que ces succès soient nombreux, palpables pour tout le monde. Qu'on se rappelle bien qu'il n'y a que ces succès nombreux non contestés, qui puissent légitimer un mode de traitement, qui peut être nuisible à certains individus. Mais ne préjugeons rien, continuons à observer, l'observation seule pouvant résoudre le problème (1).

(1) Tout en remerciant M. Grisolle de la communication qu'il a bien voulu nous faire de cette curieuse observation, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que M. Bouillaud sera en droit de dire qu'elle est impropre à infirmer les résultats de sa méthode de traitement, puisque ce n'est point la *formule* qui a été employée. Nos lecteurs savent en effet que concurremment avec les saignées de la veine, M. Bouillaud emploie les sangsues ou les ventouses, et cela à des époques déterminées de la journée.

L'observation, comme dit avec raison M. Grisolle, peut seule résoudre le problème; mais ce problème il faut l'accepter avec toutes les données que lui a imposées M. Bouillaud.

(*Note du rédacteur.*)

N°s 21 et 22. — 31 Mai.

Mémoire sur les convulsions pendant la grossesse et le travail de l'accouchement; par M. Capuron, D. M. P.

Un des accidens les plus terribles et les plus dangereux qui puissent arriver à la femme pendant la grossesse et le travail de l'accouchement, ce sont les convulsions. Je dis *les plus terribles*, parce qu'elles peuvent effrayer les assistans et le plus intrépide accoucheur; j'ajoute *les plus dangereux*, parce qu'elles peuvent compromettre, même détruire, en un clin-d'œil, la vie de la mère et de l'enfant.

L'important, l'utile, le nécessaire, seraient donc ici de bien signaler les causes de cet accident, pour le prévenir, et de trouver le moyen de le combattre à propos, pour en arrêter les effets.

Tel est le double but que je me propose dans cette discussion; pour tâcher de l'atteindre, je n'aurai point recours aux auteurs, soit anciens, soit modernes, qui ont traité cette matière. Je ne prendrai point la peine de critiquer les uns et de louer les autres, pour faire parade d'une vaine érudition; cela ne ferait peut-être qu'allonger ce travail, en le surchargeant d'un fatras de citations et de noms propres d'auteurs, sans lui donner plus de mérite. Mon dessein est donc de rapporter tout simplement, et avec franchise, ce que j'ai vu et observé, parce que cela m'a plus frappé et intéressé, que ce que j'avais lu et entendu dire; je ferai ensuite un extrait de mes observations, et j'en déduirai comme des conséquences pratiques, les règles ou préceptes qui m'ont paru les plus salutaires ou les plus avantageux aux femmes menacées ou tourmentées de convulsions pendant la grossesse et le travail de l'accouchement. Je parlerai d'abord de cette maladie dans le second cas, parce que je ne l'ai observée que longtemps après, et plus rarement dans le premier.

J'aurais ici beaucoup de faits à rapporter; mais comme leur ressemblance, ou presque leur identité en rendrait le récit monotone, fastidieux et insupportable, j'ai cru devoir me borner à quelques-uns des plus curieux et des plus utiles.

Je n'ai point parlé des cas, heureusement assez rares, où les convulsions surviendraient, lorsque le travail serait compliqué de la mauvaise situation de l'enfant, à laquelle on ne pourrait remédier que par la version de celui-ci. Je n'ai point parlé non plus des accouchemens où la femme serait agitée de convulsions, lorsque la disproportion du fœtus avec la filière du bassin ne présenterait d'autre ressource que l'opération césarienne ou la symphisiotomie. On doit juger quels

seraient alors d'une part l'embarras de l'accoucheur et le danger de la femme. Les annales de l'art ne contiennent, à ma connaissance, que peu d'exemples de ces redoutables complications.

Première observation. — En 1798, au mois de juin, je vis apporter sur un brancard, à l'Hôtel-Dieu, une femme qui fut aussitôt déposée sur un lit garni seulement d'une paillasse, parce qu'on la croyait sans ressource et près d'expirer. Elle était jeune, fortement constituée, douée de beaucoup d'embonpoint; brune et d'un tempérammment sanguin. Son corps était immobile, et on aurait pu penser qu'il était inanimé et privé de la vie, si le visage n'eût été gonflé et d'un rouge foncé; si la peau n'eût conservé de la chaleur, et si le ventre, qui était d'une grosseur remarquable, ne se fût durci et ramolli alternativement. Les personnes qui l'avaient accompagnée, rapportèrent qu'elle était d'un caractère irascible, et qu'elle n'aimait point à être contrariée. Ils ajoutèrent qu'elle était enceinte pour la première fois et à terme; qu'elle avait été prise, la veille, de douleurs pour accoucher, et qu'elle avait éprouvé bientôt après d'horribles convulsions qui l'avaient réduite à l'état où on la voyait.

Comme je n'étais point encore initié dans l'art des accouchemens, je ne suivis point exactement cette malade, pour savoir ce qu'elle deviendrait. Je n'assistais qu'à la visite de Bosquillon, qui passait pour guérir par les anti-phlogistiques et surtout par la saignée, les maladies qu'on appelait fièvres adynamiques et ataxiques, à la Salpétrière; putrides et malignes, à la Charité, et qu'on traitait, dans ces hôpitaux, par les toniques et les excitans, quelquefois par les évacuans et les opiacés.

Toutefois, je ne restai pas indifférent sur le sort de cette malheureuse femme. J'en demandai des nouvelles, et j'appris qu'elle était accouchée naturellement, seule et sans le secours de l'art, d'un enfant mort. On me dit aussi qu'elle avait repris sa connaissance trois ou quatre jours après, mais qu'elle ne s'était point rappelé sa grossesse, ni son état de maladie, et qu'elle n'avait recouvré sa mémoire qu'avec le retour complet de la santé.

Quant au traitement qui lui fut administré, je l'ignore, ou j'en ai perdu le souvenir. Mes notes sont muettes à cet égard.

Je ne puis donc rien tirer de cette observation très-incomplète, sinon que la femme qui en est le sujet, était irrascible, forte, pléthorique et sanguine, et qu'elle fut atteinte, pendant qu'elle était en mal d'enfant, de convulsions qui se terminèrent par un état d'apoplexie et de mort presque apparente, d'où elle revint quelques jours après son accouchement; mais en conservant une lésion de la mémoire qui guérit ensuite.

Deuxième observation. — En 1802, dans le mois de décembre, je fus appelé auprès de la femme d'un artiste qui demeurait à l'extrémité de la rue Hautefeuille, en face de l'église Saint-André-des-Arts, qu'on a démolie depuis. Elle était fort jeune, très-nerveuse et très-irritable, habituellement un peu maigre, d'un teint coloré, d'un tempérament sanguin et d'une taille ordinaire. Enceinte pour la première fois et à terme, elle était en mal d'enfant depuis huit heures du matin; assistée d'une garde, de son mari, d'une voisine et d'une sage-femme. Les douleurs furent d'abord lentes et faibles; mais on observait qu'elles commençaient chaque fois par un tremblement de tout le corps, et finissaient par le craquement des articulations des membres thoraciques et abdominaux, qui se tordaient sur eux-mêmes, ou bien se contractaient et se relâchaient brusquement, après avoir abandonné les corps solides sur lesquels ils avaient pris leur point d'appui; dans les intervalles, le calme était parfait; on remarquait seulement quelques soubresauts passagers dans les muscles du visage et du cou.

Cet état dura quelque temps après midi, sans qu'on y fit beaucoup d'attention; il n'offrait encore rien de bien extraordinaire, mais il empira beaucoup, lorsque la nuit vint, et à mesure que les douleurs acquéraient de la fréquence et de la force. Les tremblemens ou frémissemens se changèrent en agitations, en secousses et en mouvemens désordonnés de tout le corps. Enfin, la scène était devenue si épouvantable, à onze heures du soir, qu'on m'envoya un messager pour me prier de me rendre en toute hâte auprès de cette dame.

A mon arrivée, je la trouvai tourmentée des convulsions les plus horribles que j'eusse jamais vues. Qu'on se la représente, afin d'en avoir une idée, sur un lit que tous les assistans entouraient, pour l'empêcher de tomber par terre, et où elle s'agitait dans tous les sens pendant les douleurs. Tantôt, elle se pelotonnait sur elle-même, et plaçait sa tête entre ses genoux; tantôt, elle se renversait en arrière, appuyée seulement sur l'occiput et les talons; d'autres fois, elle se roulait à droite ou à gauche et se courbait vers l'une ou l'autre hanche; ses membres étaient tendus ou fléchis, mais raides, comme du fer. Elle imitait toutes les formes du tétanos, ou pour mieux dire, presque tous les mouvemens d'un télégraphe en activité. Son visage était rouge et animé, son œil vif et étincelant, ses cheveux hérissés. Elle poussait des cris rauques, qui ressemblaient à des hurlemens. La douleur passée, tout rentrait dans le calme; la malade parlait comme à l'ordinaire, répétait ce qu'on avait dit sur son compte pendant l'accès : preuve qu'elle ne perdait alors ni l'ouïe ni la mémoire.

Je voulus profiter d'un de ces momens favorables, pour pratiquer le toucher; mais mon doigt n'eût pas plutôt effleuré l'entrée du vagin, qu'il survint une nouvelle douleur et une nouvelle attaque de convulsions. Je pus néanmoins, malgré quelques difficultés, pénétrer assez profondément pour m'assurer que la tête, sans avoir encore franchi l'orifice de l'utérus, occupait l'excavation du bassin, et que par conséquent, le travail était fort avancé. Cela me tranquillisa et m'inspira de la confiance. Il me vint bien dans la pensée d'ouvrir la veine, et de recourir aux bains émolliens, même d'appliquer le forceps; mais le moyen de remplir quelque médication chez une femme que le moindre attouchement irritait et remettait en crise?

Je pris donc le parti d'attendre, et je n'eus pas lieu de m'en repentir. On me dit qu'avant la grossesse et même avant le mariage, chaque période menstruelle avait été précédée et annoncée par des mouvemens convulsifs, et que ces mouvemens s'étaient aussi manifestés, mais sans être bien alarmans depuis la conception. J'appris encore que les membranes s'étaient déchirées spontanément à neuf heures du soir, et qu'il n'avait coulé qu'une très-petite quantité d'eau. Enfin, chose bien étonnante et digne de remarque! après quelques attaques semblables aux précédentes, les douleurs devinrent franches vers minuit; il n'y eut plus de convulsions; la femme se plaça sur le dos, se cramponna des mains, pour mieux pousser, et accoucha presque demi-heure après d'une fille qui a maintenant plus d'une trentaine d'années, et a mis déjà deux ou trois enfans au monde.

Les convulsions reparurent encore au moment de la délivrance; mais l'expulsion prompte et facile du placenta les interrompit. Il sortit par la vulve quelques caillots de sang, et ensuite tout se passa comme dans l'état naturel. Il y eut seulement, vers la fin du troisième jour, de légers soubresauts dans les muscles du tronc et des membres, et un peu d'agitation dans ceux du visage, après la fièvre de lait, la femme recouvra bientôt la santé, et devint encore mère de plusieurs autres enfans dont elle se débarrassa sans le moindre accident.

Ce qui mérite particulièrement d'être noté dans cette observation, c'est que la femme dont il y est question, était très-nerveuse, et qu'elle avait l'utérus très-sensible, puisque la menstruation, la grossesse et l'accouchement, y avaient excité une irritation qui, par sympathie, s'était communiquée au cerveau et aux organes de la locomotion. On ne doit pas oublier qu'ici les convulsions étaient intermittentes, qu'elles ne se manifestaient que durant les contractions utérines, et qu'elles cessèrent vers la fin du travail, très-probablement après que la tête de l'enfant eut franchi le col de l'utérus, c'est-à-dire, la portion la plus nerveuse et la plus irritable de cet organe. On doit remarquer aussi que, pendant les accès, cette femme ne perdait pas tout à fait connaissance, puisqu'elle répétait ensuite ce qu'elle avait entendu comme après une attaque d'hystérie.

Troisième observation. — Une jeune dame, d'environ vingt-cinq ans, d'une taille moyenne pour son sexe, et d'un tempérament très-sanguin, qui avait des cheveux et des sourcils très-noirs, la peau du corps blanche et satinée, celle du visage un peu brune et nuancée de rouge, était née à Saint-Domingue, de parens excessivement riches, mais dont la fortune avait été délabrée par la révolution de cette colonie française. Obligée de passer en France, et presque réduite à la misère, elle avait épousé un Romain qui n'avait d'autre ressource que de donner des leçons de musique, et qui habitait un petit appartement au quatrième, dans la rue Mazarine. On imagine bien que ce changement avait dû influer sur l'esprit et le caractère d'une jeune personne qui avait passé ses premières années dans l'opulence. Aussi était-elle habituellement assez triste, et par fois très-irritable, surtout quand on la contrariait, et que ses caprices ou sa volonté n'étaient pas satisfaits, ce qui lui arrivait assez souvent.

Devenue enceinte, elle arriva, non sans quelques indispositions dont j'ai ignoré la nature, au terme de la grossesse. Alors, une légère affection morale détermina chez elle une attaque de convulsions, qui dura près d'une heure, et fut suivie, dans la nuit, des douleurs de l'enfantement. Celles-ci, d'abord faibles et très-éloignées les unes des autres, furent successivement plus rapprochées et plus fortes durant le reste de la nuit et une partie du lendemain; mais, vers midi, elles prirent un tel accroissement, que la patiente poussa les cris les plus aigus, et fut de nouveau saisie de violentes convulsions qu'on ne put point appaiser, et qui se changèrent en une sorte d'état apoplectique, tel qu'on l'observe vers la fin d'un accès d'épilepsie. La sage-femme, le mari et les assistans en furent effrayés. On vint me chercher; c'était, autant que je puis m'en souvenir, dans la soirée, à la fin de juin 1817. Voici l'état où je la trouvai :

On l'avait assise sur une grande jatte de terre pleine d'eau tiède, où on la maintenait, sous prétexte de lui faire prendre un bain de siége. Elle avait la tête échevelée, l'œil hagard et immobile, le visage gonflé, rouge-cramoisi, même poncean au milieu des joues. La langue était hors de la bouche, entre les dents qui l'avaient mordue et qu'on ne pouvait desserrer. Le sang, mêlé avec de la salive, découlait des commissures labiales, le long du menton et sur le cou; pas plus de respiration ni de pouls que dans la catalepsie ou dans la syncope complète. Les membres étaient flexibles et pendans.

Mon premier soin fut de la faire remettre dans son lit, et de pratiquer le toucher. La tête, à moitié engagée dans l'excavation du bassin, n'avait point franchi l'orifice de l'utérus, qui était entièrement effacé et présentait environ un pouce et demi de dilatation; mais il n'y avait plus de douleurs, le travail était suspendu.

L'indication, comme on le voit, ne pouvait être ni plus manifeste ni plus urgente. J'ordonnai une saignée sur le champ, et immédiatement après un bain entier de vingt-huit à trente degrés. J'étais moi-même sur le point de tirer ma lancette, lorsqu'un accoucheur, qu'on avait appelé avant moi, et qui demeurait dans la maison voisine, me dit qu'il se chargeait d'exécuter ma prescription. Je me retirai donc, et allai rejoindre un exprès qui m'attendait à la porte, pour me conduire auprès d'une dame en mal d'enfant, chez laquelle je passai une grande partie de la nuit.

Le lendemain, curieux de savoir le dénouement de cette pitoyable scène, je remontai, vers dix heures du matin, chez la malheureuse que j'avais vue la veille au soir. Quelle fut ma surprise, je dirai presque mon indignation, de la trouver dans le même état! On venait seulement de la saigner, et l'on se disposait à la mettre dans une baignoire qu'on achevait de remplir. Je sortis en disant que j'allais revenir. Une heure après, je la trouvai accouchée d'un enfant mort, délivrée et repla-

cée dans son lit. Le visage était encore un peu altéré, l'œil moins fixe et moins saillant; la langue dans la bouche, le pouls plein et accéléré; la peau moite et d'une température presque naturelle; la parole et la connaissance n'étaient point revenues. On essaya de lui faire prendre quelques cuillerées d'eau sucrée et de légère infusion de tilleul. Le lendemain, on vint m'annoncer qu'elle commençait à parler, et qu'elle demandait à manger. J'allai la voir, et la trouvai en si bon état, que je lui permis un peu de bouillon coupé. Sa langue était encore un peu gonflée, mais moins blessée qu'on n'aurait cru; les suites de couches se passèrent très-bien; il ne survint pas le moindre accident, et quinze jours après, la guérison était complète.

Deux ans après, cette dame, que je reconnus à peine, vint m'annoncer qu'elle était encore grosse, et me prier de l'assister dans ses couches. J'y consentis très-volontiers, tant pour lui rendre service que pour mon instruction. Je crus devoir la saigner à cinq ou six mois, parce qu'elle éprouvait des étourdissemens, des vertiges et des éblouissemens passagers. Arrivée à terme, elle me fit avertir aussitôt qu'elle sentit les premières douleurs. Je me rendis auprès d'elle sans délai, avec le docteur Rivoire, reçu à la Faculté de Montpellier, qui suivait alors mon cours d'accouchemens, et qui exerce maintenant avec beaucoup de distinction, à Condom, dans le département du Gers. Nous n'observâmes rien que de très-naturel, pendant que le travail fut modéré; mais dès que les contractions utérines devinrent un peu fortes, la rougeur extrême du visage, quelques divagations de l'esprit et l'agitation des membres, furent pour nous des signes qu'il fallait prévenir ce qui était arrivé à cette dame dans son premier accouchement. Nous la saignâmes donc à l'instant, et la fîmes mettre aussitôt après dans un bain qu'on avait préparé d'avance. Elle y éprouva le plus grand calme, et, après y avoir resté près de trois heures, temps pendant lequel elle ne cessa presque pas de souffrir, elle fut replacée sur le lit de travail, et y accoucha peu de temps après, sans la moindre convulsion, d'un enfant qui jouissait de la plus belle santé.

Cette observation est une double leçon de pratique. Elle nous fournit, pour ainsi dire, l'épreuve et la contre-épreuve de la médication à employer pour prévenir et combattre les convulsions pendant le travail de l'enfantement. D'abord, nous avons vu le mal produit, augmenté par la négligence et le retard de la saignée chez une femme pléthorique et nerveuse; ensuite, nous avons remarqué le bien opéré par cette évacuation et le bain, chez la même femme, et dans une circonstance semblable. Il ne peut donc rien exister de plus péremptoire ou de plus décisif.

Quatrième observation. — Pendant la dernière guerre d'Espagne, la femme d'un employé à l'armée devint enceinte à Paris, sans la participation de son mari. Parvenue à terme elle se rendit au mois de mai chez une sage-femme, pour y faire ses couches. Un jour, qu'elle mit, pour prendre l'air et se distraire, la tête à la fenêtre, elle aperçoit, par hasard, un homme de son pays et de sa connaissance, qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps. Elle l'appelle et lui fait signe de monter. Celui-ci, arrivé dans sa chambre, lui témoigne quelque surprise, et lui demande ce qu'elle fait en ce lieu. Vous le voyez, dit-elle, en lui montrant son ventre; ma situation vous dit tout. Hé! qu'avez-vous besoin de vous cacher, lui répartit l'individu, il y a un mois que votre mari est mort dans la Péninsule. Ces paroles, prononcées avec si peu de réflexion et de ménagemens, sont un coup de foudre pour cette malheureuse. Elle tombe sans connaissance et se roule par terre, comme frappée d'une violente attaque d'épilepsie. La sage-femme accourt, et, dans l'effroi que lui cause cet événement, elle m'envoye chercher. Mon premier soin est de la faire mettre sur un matelas, et d'appliquer ma main sur l'hypogastre, pour examiner l'état de l'utérus. Je trouve que cet organe se durcit à chaque convulsion, ce qui me fait présumer que le travail est déjà commencé. Je porte le doigt indicateur sur le col utérin, et il m'offre environ un pouce de dilatation; la tête se présentait au détroit supérieur.

Comme cette dame était encore jeune, quoique déjà mère de plusieurs enfans, et que tout annonçait chez elle une constitution pléthorique et des plus robustes, je n'hésitai pas de la saigner et de faire préparer un bain pour l'y plonger immédiatement après. Tout cela ne fut que l'affaire d'environ une demi-heure. Elle n'eut pas plutôt sentit la salutaire impression de l'eau, qu'elle devint plus calme; mais elle resta toujours sans connaissance, poussant de temps en temps de profonds soupirs qui préludaient à chaque contraction utérine. Au bout de deux heures d'immersion et de souffrances, je voulus m'assurer des progrès du travail; je sentis la tête au passage, presque au couronnement. On eut à peine le temps de la retirer de la baignoire, et de la placer sur son lit; elle acheva d'accoucher, en une seule douleur, d'un gros enfant qui avait toutes les apparences de la santé.

Sa délivrance ne se fit pas longtemps attendre, et ne fut suivie que d'une fort petite quantité de sang.

Le lendemain, la malade, loin d'aller mieux, me donna encore de l'inquiétude. L'état comateux ne s'était pas dissipé; il y avait eu quelque agitation, même des convulsions dans la nuit; la peau était chaude et sèche; le visage très-coloré; le ventre tendu; l'utérus dur et volumineux; le pouls fort et accéléré; les lochies ne coulaient point. Je pratiquai une seconde saignée; je fis appliquer aussi cinquante sangsues à l'hypogastre, et remettre la malade dans le bain pendant deux ou trois heures.

Cette médication eut du succès. Les symptômes s'appaisèrent; une abondante chaleur se déclara; le sang coula par la vulve; la fièvre diminua: on n'aperçut plus de mouvemens convulsifs; mais la somnolence et la respiration, par fois suspirieuse, persistèrent encore.

Le bain fut réitéré le soir et les jours suivans; on fit aussi de fomentations émollientes sur l'abdomen. On n'observa point de fièvre de lait. Du quatrième au cinquième jour, l'assoupissement se dissipa; la parole re-

vint et la convalescence ne fut plus douteuse. Il ne restait que de la faiblesse qui disparut par la continuation du repos et par l'usage de bons alimens. Cependant, le souvenir de ce qui s'était passé au début de la scène, rendait encore cette dame un peu triste et sérieuse; mais le temps, la raison et peut-être aussi l'habitude, finirent par faire tout oublier. J'appris qu'elle avait pris son parti là-dessus, et qu'elle était sortie de sa retraite assez gaie et pleine de santé.

On a vu dans cette observation, ce que peut une violente émotion, une nouvelle affligeante, subite et inattendue sur une femme enceinte, à terme et déjà peut-être en mal d'enfant, surtout quand elle est robuste, sanguine et douée d'une grande sensibilité. Cet exemple confirme encore l'utilité de la saignée générale et locale, des bains et des fomentations émollientes, soit pour appaiser les convulsions et faciliter l'accouchement, dont elles entravent ou compliquent le travail, soit pour combattre les symptômes ou accidens qui surviennent ou persévèrent après la délivrance. J'avoue que j'eus l'idée de faire appliquer aussi des sangsues à la base du crâne, même des vésicatoires à la nuque et aux jambes, pour remédier à l'affection comateuse qui tardait trop à cesser; mais la tension de l'abdomen et le volume de l'utérus, ainsi que l'absence d'évacuation lochiale, me firent donner la préférence au parti que je pris. Je ne considérai la maladie de la tête, surtout après l'accouchement, que comme un effet consécutif ou sympathique et encore permanent de l'irritation des organes génitaux. J'avais la conviction que le système utérin, une fois revenu à son état naturel, tout le reste rentrerait dans l'ordre; ce que la suite ne manqua pas de justifier.

Cinquième observation. — Il y a environ six ans, un jour que j'assistais à la clinique du professeur Dupuytren, on vint me chercher à l'Hôtel-Dieu, vers neuf heures du matin, pour une verdurière en mal d'enfant, près du marché des Innocens. C'était un colosse pour la taille et les formes. Elle avait passé trente ans, et était excessivement pléthorique. Parvenue au terme de sa grossesse, elle avait eu une dispute la veille, dans la soirée, et s'était mise en colère. Le travail de l'accouchement s'était déclaré pendant la nuit, avec de grandes douleurs de la tête et de l'abdomen, il était survenu aussi, presque en même temps, de violentes convulsions. On avait appelé un accoucheur, qui avait fait une saignée de deux palettes, ce qui n'avait pas produit un grand soulagement.

A mon arrivée, elle était sans connaissance et sans parole. On observait, par intervalles, des contorsions dans les membres; on entendait craquer les articulations et grincer les dents; le visage se crispait et les joues prenaient une teinte d'un rouge très-foncé. Tout le corps était agité de saccades convulsives qui faisaient trembler le lit et une cloison de planches contre lequel il était appuyé. Le ventre faisait une saillie remarquable par sa dureté : ce qui était l'effet des contractions utérines. La tête de l'enfant se présentait et commençait à descendre dans l'excavation. Les eaux s'étaient écoulées; les voies génitales étaient souples et bien disposées. La peau présentait de la chaleur et un peu d'humidité.

Toutes ces circonstance me portèrent à conseiller une seconde saignée et un bain entier, ce qui fut exécuté sur le champ. La femme accoucha une heure après son immersion, d'un enfant énorme et asphyxié. On ne put le rappeler à la vie. Je repassai vers midi; la mère était encore dans une profonde somnolence et dans une mutité complète. Son pouls battait avec beaucoup de fréquence, quoiqu'il eût perdu de sa force. Il n'y avait plus de convulsions; les traits du visage offraient beaucoup d'altération et d'affaissement; les lochies coulaient avec peu d'abondance. On appliqua des vésicatoires aux cuisses. Dans la soirée, il se manifesta encore une légère agitation; un moment après, la femme n'était plus.

Ici se présente naturellement une question. Pourquoi les saignées et les bains qui avaient été si utiles dans les cas précédens, n'ont-ils pas eu le même succès dans celui-ci? Pourquoi, après avoir favorisé et avancé la terminaison de l'accouchement, après avoir appaisé les convulsions, n'ont-ils pas prévenu la mort? Voici mon opinion et ma réponse : Je pense que la colère qui avait précédé ou compliqué le commencement du travail, avait porté une trop violente atteinte au système nerveux chez une femme de cette constitution et de cette force. Peut-être y avait-il inflammation du cerveau ou des méninges, avec épanchement. Je demandai l'ouverture du corps, on me la refusa.

Ici se terminent les exemples de convulsions que j'ai observées pendant le travail de l'accouchement. J'aurais pu en rapporter un plus grand nombre, mais ceux que j'ai choisis, m'ont paru les plus dignes d'attention. J'en choisirai encore quelques-uns parmi ceux que j'ai observés pendant la grossesse; ils ont beaucoup d'analogie avec les précédens, sous le rapport de la cause, du symptôme et de l'effet.

Sixième observation. — Une jeune et très-vigoureuse blanchisseuse du faubourg Saint Jacques, près l'hospice des Vénériens, avait épousé un brave de la grande-armée. Elle était remarquable par sa stature, son embonpoint, ses formes presque athlétiques, et surtout par une grande sensibilité. Devenue enceinte, elle n'avait plus à passer que deux mois environ pour être à terme, lorsqu'elle eut le malheur de recevoir, par hasard, un jour d'hiver, dans la matinée, la visite amicale d'un de ses cousins, avec lequel il avait été question de la marier, et qui portait ombrage à son époux. Celui-ci ne l'eut pas plutôt aperçu en rentrant chez lui pour déjeûner, qu'il lui ordonna brusquement et d'un ton courroucé, de passer la porte. Le cousin, surpris de ce compliment, a l'air de croire que c'est une plaisanterie. Le mari, pour lui prouver qu'il prend la chose au sérieux, saisit une des buches qui sont au feu, et la lui jette à travers, pendant qu'il descend l'escalier pour s'esquiver.

A la vue de cette scène, la femme se trouble et veut pousser quelques cris, mais la voix lui manque; elle tombe par terre, et tout son corps est agité des plus hor-

ribles convulsions. On appelle vite la voisine, une sage-femme, un accoucheur. On ne sait quel parti prendre. On va chercher une potion calmante chez le pharmacien; mais point de soulagement. On court chez moi dans la soirée. Je la trouve étendue sur son lit, sans connaissance, sans parole et dans l'état comateux le plus profond. Elle éprouvait de temps en temps des secousses, durant lesquelles le visage devenait pourpre, et la poitrine s'élevait et s'abaissait comme dans l'hystérie. La peau était chaude, le pouls fort, irrégulier et accéléré. Je pratiquai le toucher, je ne trouvai aucun signe de travail.

Cet ensemble de phénomènes présentait une indication évidente. Je conseillai une abondante saignée du bras, quarante sangsues au col, autant à l'abdomen et un bain. Je recommandai aussi à l'accoucheur, dans le cas où la femme viendrait à succomber, de faire promptement l'opération césarienne, pour tâcher de sauver l'enfant. Tout fut inutile; rien ne put empêcher le mal d'empirer et de se terminer d'une manière fatale. L'enfant fut extrait aussitôt après de l'utérus. Il n'avait pas survécu à la mère. L'orifice utérin présentait un peu de dilatation, ce qui semblait annoncer qu'il y avait eu un commencement de travail.

Voilà certes, un exemple qui prouve l'effet des subites et fortes impressions de l'ame sur les femmes pendant la grossesse. On voit en même temps le peu de ressource et d'espérance que laisse alors une profonde atteinte du centre d'innervation. Le cadavre ne fut point ouvert.

Septième observation. — Une jeune demoiselle de la rue Serpente naturellement très-nerveuse, quoique d'un tempérament sanguin, était devenue triste et plus sujette aux vives affections de l'ame, depuis la mort d'un frère, qui avait été tué d'un coup de fusil, au commencement de la restauration, pour avoir voulu grimper sur le parapet des Tuileries. Mariée à un employé de bureau, et parvenue, sans accident et sans la moindre indisposition, au septième mois de sa grossesse, elle voit tout à coup son mari, avec qui elle était à table pour déjeûner, pâlir, tomber par terre, se raidir et faire d'horribles grimaces. A ce spectacle, elle est frappée de terreur, et bientôt après, agitée des plus violentes convulsions. On la met sur un lit et on court tout de suite chez M. le docteur Jacquemin, son médecin et son accoucheur. Malheureusement, il était parti pour la campagne. On va chez un pharmacien qui donne une potion calmante; mais nul soulagement.

Tout cela se passait un lundi, dans le mois d'octobre, autant qu'il m'en souvient. Le lendemain, état comateux, grincement des dents, soubresauts dans les membres. On a recours à un médecin du quartier, qui se contente de prescrire une potion composée de cinq sirops, auxquels il oublie d'ajouter un véhicule ou délayant; c'était une sorte de bouillie ou de gelée que la malade ne pouvait boire ni avaler, parce qu'elle ne desserrait pas les dents.

On se décida, le dimanche suivant, c'est-à-dire, six jours après l'accident, à me faire appeler, en attendant le retour du médecin ordinaire. Je la trouvai, à neuf heures du matin, plongée dans une profonde somnolence, immobile, le visage plombé, l'œil entr'ouvert, le pouls grand et accéléré, la peau chaude et humide.

Mon premier soin fut de lui faire une très-abondante saignée; et de la mettre dans un bain émollient. L'effet de cette médication fut sensible. La malade y exécuta quelques mouvemens non convulsifs du tronc et des membres. L'inspiration et l'expiration se ranimèrent un peu. Les dents furent moins serrées. On put faire avaler quelques cuillerés de liquide; on crut même entendre murmurer la voix. Mais cette amélioration fut moins réelle qu'apparente. La saignée et le bain furent réitérés le soir, et la nuit fut comme les précédentes. L'assoupissement ne disparut pas.

Le lundi suivant, M. le docteur Jacquemin revint, et nous continuâmes de voir cette malade ensemble. Nous lui fîmes administrer encore un bain et quelques lavemens qui ne produisirent ni bien ni mal. Nous n'obtînmes pas plus de succès d'un vésicatoire à la nuque, ni de ceux que nous appliquâmes aux mollets.

Le mardi, tout parut aller au plus mal. Il survint un râle assez bruyant, et à onze heures du matin, la malade cessa de vivre. Je pratiquai, aussitôt après le dernier soupir, l'opération césarienne, en présence de MM. les docteurs Jacquemin et Marx, et de quelques élèves en médecine qui logeaient dans le voisinage. L'enfant ne donna pas le moindre signe de vie, et nous parut avoir succombé avant la mère. Son âge n'était guère plus de sept mois après la conception.

Cette observation atteste encore combien les attaques de convulsions peuvent être nuisibles pendant la grossesse, surtout quand les femmes se trouvent dans les mêmes circonstances individuelles et accidentelles que celles dont nous venons de tracer l'histoire. Nous aurions dû faire ici l'ouverture complète et détaillée du cadavre, surtout celle du crâne. Personne ne nous en aurait empêché. Ce fut une négligence de notre part.

Huitième observation. — Pendant que le choléra-morbus régnait à Paris, on vint me chercher pour soigner une femme âgée d'environ trente ans, cuisinière, d'une constitution faible et nerveuse; elle était enceinte de cinq mois, et elle venait de se loger à l'extrémité de la rue d'Anjou-Thionville. Cette femme, après avoir pris de la peine pour son déménagement, était tombée malade, et avait éprouvé des convulsions, de grandes coliques avec des vomissemens et des déjections alvines. A mon arrivée, elle était à moitié pelotonnée dans son lit, d'où elle voulait continuellement sortir, malgré les efforts de quelques voisines et amies qui l'y retenaient. Elle était dans un état de demi-somnolence et de légère rêvasserie, d'où il n'était pas facile de la retirer; et, quand on était parvenu à la réveiller et à la rappeler à des idées plus raisonnables ou moins décousues, elle n'en prenait pas moins l'attitude d'une personne qui veut se lever; enfin, quand on la plaçait debout, dans sa chambre, comme pour la contenter, elle avait l'air égaré et ne savait plus de quel côté se tourner. La peau, surtout au visage, était jaune, noirâtre et sans moiteur; l'œil en-

foncé ; la langue pâle et peu humide ; le pouls d'une lenteur qui contrastait avec la chaleur du corps, les extrémités froides. On m'a dit qu'on lui avait donné plusieurs médicamens dont on ne put point me rappeler le nom, ni me montrer les ordonnances qu'on avait égarées. Elle n'avait ni faim ni soif.

En appliquant l'une des mains sur l'hypogastre, pendant que j'introduisais l'indicateur de l'autre dans le vagin, je trouvais que l'utérus se contractait et se relâchait alternativement, mais d'une manière lente et peu énergique. L'orifice de cet organe offrait plus d'un pouce de largeur ; la poche des eaux était un peu tendue pendant les douleurs, et dans les intervalles de calme, on distinguait très-bien la tête du fœtus qui ballottait dans une grande quantité de liquide. A ces signes, on ne pouvait méconnaître le travail d'un accouchement fort prématuré.

Je me gardai bien ici de recourir à la saignée, parce que rien ne l'indiquait : mais je fus un moment en balance pour le bain, à cause de la chaleur du corps et de quelques légers frémissemens qui préludaient aux contractions utérines. Je ne prescrivis néanmoins qu'une légère infusion de tilleul et de violettes, édulcorée avec le sirop de gomme et aromatisée avec un peu d'eau de fleurs d'oranger.

La journée, qui était la cinquième de la maladie et la première de mes soins, se passa dans le même état ; point de changement dans la nuit. Le lendemain, la fausse-couche eut lieu à neuf heures du matin ; le fœtus était flétri et un peu décomposé ; le placenta noir et fétide ; le cordon ombilical jaunâtre et vide de sang. La mère n'existait plus à midi. On m'en refusa l'ouverture, que j'aurais désirée pour l'examen du cerveau, du conduit alimentaire et de l'appareil utérin.

Voilà, sans contredit, une maladie des plus compliquées. D'abord, une constitution nerveuse, délicate ; une grossesse, de la fatigue et des inquiétudes inséparables d'un déménagement ; puis des convulsions, avec des symptômes de choléra-morbus, puis des signes avant-coureurs de l'avortement, enfin, l'expulsion d'un fœtus qui avait succombé depuis quelque temps, par une mère qui ne lui survit que de quelques heures. Ici, les causes de la catastrophe sont manifestes ; mais laquelle y a le plus contribué ? Difficile de prononcer, lorsque toutes, à peu près, d'un présage également sinistre, se réunissent ou se succèdent pour concourir au même effet.

Neuvième observation. — Une jeune femme de chambre, âgée de 21 ans, très-nerveuse et enceinte d'environ quatre mois, fut brutalement chassée de la maison où elle servait, parce qu'elle ne voulut pas consentir qu'on exerçât sur elle des manœuvres infâmes, opposées à la morale et à l'honneur. Sans ressource et sans asile, elle fut généreusement recueillie par une dame très-charitable, qui lui céda une petite pièce de son appartement, dans la rue Saint-André-des-Arts, pendant la cruelle épidémie du choléra-morbus. Deux jours après, elle fut saisie de vomissemens et de déjections alvines très-abondantes, avec des convulsions, des crampes aux membres et du délire. On eut recours au bureau sanitaire de la rue Mignon, qui dépêcha deux élèves en médecine, pour constater l'état de cette infortunée et lui administrer les premiers soins. Ils la trouvèrent si malade, qu'ils n'osèrent entreprendre aucun traitement, à cause de la grossesse qui compliquait les symptômes du choléra-morbus. On vint alors me chercher de la part du maire du onzième arrondissement, au bureau sanitaire du quai des Orfèvres, auquel j'étais attaché. Je me rendis sur-le-champ auprès de la malade ; mais le désordre où elle était, soit au physique, soit au moral, m'empêchèrent d'en obtenir le moindre renseignement. Je fus donc obligé de m'en rapporter au récit des assistans, et surtout des élèves qui l'avaient bien observée, et qui me dirent qu'outre les symptômes cholériques ci-dessus, elle s'était plaint d'un feu dévorant depuis la gorge jusqu'à l'hypogastre.

Instruit de ces préliminaires, et apercevant déjà un commencement de cyanose au visage, je n'hésitai point à prescrire les anti-phlogistiques les plus puissans. D'abord, une saignée du bras, puis une double traînée de sangsues, en forme d'échelle, depuis l'os hyoïde jusqu'au pubis ; immédiatement après, un bain entier de trente-deux degrés, enfin, une boisson rafraîchissante et une potion composée d'eau de laitue et de fleur d'oranger, avec le sirop diacode. Je recommandai l'exécution de ce traitement aux élèves, et je retournai à mon poste.

Le lendemain, je m'empressai de visiter cette malade, qui m'avait paru presque désespérée la veille. Quel fut mon étonnement, lorsque les personnes que je rencontrai dans l'escalier, m'annoncèrent que je l'avais tout à fait guérie. Cette nouvelle me causa une telle surprise, que je la pris d'abord pour une plaisanterie ou pour une mystification. Je crus que c'était une manière de me dire, par anti-phrase, qu'elle n'était plus, et que mon traitement l'avait tuée. Mais point du tout : je la trouvai sur son lit, sans fièvre, ni convulsions, ni délire ; sans évacuations par haut ni par bas, et occupée à coudre une dentelle à son bonnet. Elle ne me reconnut point, et quand elle eut appris que j'étais médecin, elle me dit qu'elle avait faim, et me pria de lui faire donner à manger. Je cédai à son désir, mais avec la réserve et la prudence que m'inspira le souvenir de son état antérieur. Elle n'eut pas de récidive.

Dans cette observation, on voit une série de causes les plus capables de bouleverser le moral. Il en résulte, pendant la grossesse, des convulsions compliquées de la plus affreuse épidémie. Cependant, les antiphlogistiques, les saignées et les bains, dissipent, en moins de vingt-quatre heures, cet orage si menaçant.

Cela me fait penser que ces moyens auraient pu avoir le même succès chez les femmes des observations précédentes, s'ils avaient été employés à propos et d'une main hardie. Rien de si utile en thérapeutique, que de saisir l'occasion. On n'y est plus à temps, lorsqu'elle s'est envolée.

Dixième observation. — Je vais raconter un fait qui, quoique un peu moins complet que les autres, n'en pré-

sente pas moins d'intérêt sous beaucoup de rapports.

Une jeune demoiselle de 21 ans, au teint brun, aux yeux vifs et piquans, aux cheveux et sourcils noirs, fille unique d'une veuve assez riche, était retenue dans son lit depuis plus de sept mois, dans la rue du Canivet, auprès de Saint-Sulpice. Sa maladie était si singulière, que personne, disait-on, n'y comprenait rien. Il y avait à peu près huit mois qu'elle avait été prise de maux de cœur, de quelques vertiges, de nausées et de vomissemens. On se flattait que ces incommodités se dissiperaient par le retour des règles qui s'étaient supprimées. Vaine espérance! Au lieu de cette évacuation périodique, il survint un surcroît de mal. De violentes convulsions se manifestèrent pendant plusieurs jours, et changèrent tellement la position et la direction des membres inférieurs, qu'ils devinrent inutiles pour la marche et pour la station. La jeune personne fut obligée de s'aliter et de rester couchée sur le dos, les jambes fléchies sur le tronc. Cet état alarma beaucoup la mère et toute la famille. On ne pouvait soupçonner la cause d'un pareil accident. Nombre de médecins et de chirurgiens furent consultés : point de guérison ni même de soulagement. Les règles ne revenaient plus aux époques ordinaires. Cependant, l'appétit avait reparu; la digestion et toutes les autres fonctions se faisaient à merveille; point de dérangement dans l'intellect. Il n'y avait que les membres inférieurs qui étaient restés immobiles et inutiles. Enfin, on en était arrivé au point qu'on avait désespéré de la santé de la malade, et qu'on ne voulait plus voir de médecin. On avait même refusé la porte à une espèce de charlatan qui avait promis de la guérir, avant de l'avoir vue, moyennant la somme de 600 fr. payée d'avance.

Cependant, trois mois après la cessation de toute espèce de traitement, la mère éplorée vint me peindre le triste état de sa fille, et me prier d'aller la voir. Sa plus grande peine, disait-elle, était d'avoir entendu dire que ce pouvait être un mal donné par quelque sortilége. Je la rassurai sur ce dernier point, et je me rendis à sa prière.

A mon arrivée, on étale devant moi un paquet d'ordonnances, où figurent tous les toniques et anti-spasmodiques, sous forme de potion, de lavement, de friction et de linament. Puis, on me conduit dans la chambre de la jeune malade, que je crois d'abord n'avoir que le tronc, les membres supérieurs et la tête, tant elle me paraissait raccourcie dans le lit. J'approche et je renverse la couverture. Alors, se présente à mes regards, un ventre arrondi, saillant vers le nombril et flanqué des deux membres inférieurs qui s'étaient relevés, de manière que les cuisses étaient appliquées sur l'abdomen, les jambes sur la poitrine et les pieds sur le front. J'essaie de les redresser : impossible. Ils résistent comme des barres de fer. Je palpe le ventre, et je crois y sentir, à travers la paroi antérieure, quelques inégalités ou saillies mobiles qui me révèlent, ou me font présumer, la cause et le siége de cette mystérieuse maladie. Pour dissiper toute incertitude, et m'assurer promptement de la vérité, je demande un peu de beurre dont je graisse l'extrémité de l'indicateur que j'insinue jusqu'au col de l'utérus. Je trouve ce dernier complétement effacé, et je sens au-dessus un corps solide, étendu et arrondi. C'était la tête d'un fœtus de près de huit mois.

Après cette découverte, je retourne gravement auprès de la mère, qui m'attend avec impatience, et je lui annonce, après l'avoir tirée en particulier, que je connais non-seulement la maladie de sa fille, mais encore le véritable moyen de la guérir. Aussitôt elle éclate de joie, me comble d'éloges et me regarde comme son ange consolateur. Mais bientôt après, la scène change, quand je lui dis qu'il s'agit d'une grossesse très-avancée, et que je lui offre mon ministère pour l'accouchement. Elle me quitte brusquement, sans mot dire, et passe dans une pièce voisine. Alors, je m'approche d'une table où l'on a tout disposé pour écrire mon ordonnance; mais je suis à peine assis, que la cuisinière de la maison, la bonne ou la femme de confiance, entre comme une furie, enlève l'écritoire et le papier, m'arrache la plume des doigts et jette sur le tapis le prix de ma consultation, en disant d'un ton acariâtre et peu honnête, qu'on me rappellera si l'on a besoin de moi.

Après cette incivilité, je gagne promptement la rue, mais non sans la ferme et opiniâtre résolution de savoir, à quelque prix que ce soit, ce que deviendrait la jeune personne, et comment elle se tirerait d'affaire. Je restai longtemps dans l'ignorance, malgré toute mon obstination. Enfin, après beaucoup de recherches, d'allées et de venues, j'appris, comme par hasard, qu'elle avait été transportée dans un quartier éloigné, chez une sage-femme, où elle était accouchée très-heureusement, environ un mois après ma visite. On me dit encore, et ceci est le plus intéressant de l'observation, que les membres s'étaient redressés peu à peu et d'une manière graduée, à mesure que les douleurs avaient acquis de la fréquence et de l'énergie; de telle sorte que, vers la fin du travail et pendant la sortie de l'enfant, la patiente avait repris sa forme et son attitude ordinaires; elle se cramponnait des mains et s'arcboutait des pieds, comme si elle n'avait jamais eu la moindre indisposition aux membres inférieurs.

J'ai rapporté cette observation, non pour prouver l'efficacité de la saignée et des bains dans le cas de convulsions, chez les femmes enceintes, mais pour faire voir l'influence de la grossesse, ou plutôt de l'utérus, chargé du produit de la conception sur tout l'organisme, principalement sur les organes destinés à la locomotion. Je pense néanmoins que si la jeune personne dont il est question, avait été traitée comme les précédentes, dès le commencement, on aurait pu guérir ses convulsions et en prévenir les suites. Quoiqu'il en soit, il est fort curieux de voir ici les membres inférieurs qui s'étaient allongés sur la face antérieure du tronc, perdre de leur rigidité et se redresser à mesure que la malade se débarrassait de son fardeau. Cela confirme une grande et importante vérité, savoir : que l'accouchement peut être le remède de plusieurs maladies qui arrivent dans le cours et à cause de la grossesse.

(*La fin à un prochain Numéro.*)

BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

MAI 1836.

HOTEL-DIEU.

SERVICE DE M. BALLY. — CLINIQUE DE M. PIORRY.

Résultats avantageux de la compression des parois thoraciques dans les cas de pneumopathie tuberculeuse circonscrite.

Il y a déjà trois ans qu'à la Pitié, j'ai tenté chez deux malades la compression de cavernes tuberculeuses. Ces cas ont été alors publiés.

201) Dans un de ces cas, la compression fut continuée à peu près un mois. Il s'agissait de cavernes à la partie antérieure et supérieure de l'un des poumons, constatées par une matité circonscrite, des ronchus larges et la pectoriloquie. La femme qui faisait le sujet de cette observation, partit pour son pays au moment où son état était singulièrement amélioré, lorsque les crachats étaient moins abondans, et les signes stéthoscopiques étaient moins prononcés.

202) Dans un second cas, observé aussi à la Pitié, une femme qui se trouvait dans les mêmes circonstances, éprouvat un soulagement momentané, mais évident, à la suite de la compression; mais celle-ci fut assez mal exécutée, difficilement supportée, et la malade quitta l'hôpital dans un assez mauvais état de santé.

203) Quelque temps après (décembre 1834), j'employai en ville la compression chez une dame. Une vaste matité, suite d'une induration pulmonaire, existait à droite, au-dessus de la face supérieure du foie. Des médecins, peu familiarisés avec la percussion et l'auscultation, avaient pris cette affection pour une maladie de l'organe hépatique. Il n'était pas douteux qu'il s'agissait d'une pleuro-pneumonite d'ancienne date, et que dans le centre de la masse indurée, il y avait d'énormes cavernes. L'auscultation y faisait entendre, en effet, des râles extrêmement larges, et la percussion y trouvait le bruit humorique. En haut, le poumon droit, soit en avant, soit en arrière, était parfaitement sain. Le poumon gauche ne présentait aucune lésion. La quantité de crachats était énorme; elle s'élevait de 16 à 24 onces. Ils étaient évidemment purulens et nummulaires. La malade, primitivement d'une constitution très-robuste, n'avait pas dépéri en proportion de la gravité de ces symptômes.

On fit, dans ce cas, la compression du côté malade, à l'aide d'un bandage de corps et de bandes dirigées de haut en bas, sur le côté droit de la poitrine. Au-dessous du bandage du corps, à droite, une grande épaisseur de compresses, qui y fut placée, augmenta sur ce point le diamètre de la poitrine, et par conséquent la puissance comprimante. Le tout fut maintenu par des sous-cuisses et par un scapulaire. Un jeune médecin, élève interne de Lyon, fut chargé de surveiller l'application du bandage, et s'en acquitta avec beaucoup de zèle.

La compression fut d'abord légère, puis on l'augmenta d'une manière graduée.

En peu de jours, sous l'influence de ce moyen, les matières expectorées diminuèrent de quantité, et furent excrétées avec plus de facilité. On les pesa chaque jour, et leur poids ne fut bientôt plus que de quelques onces. En même temps, sous l'influence d'un régime tonique, les forces se rétablirent, et l'aspect général devint de meilleur en meilleur. Il y eut cependant, quelque temps après, une légère exacerbation. La malade, d'ailleurs fort indocile, ne voulut pas supporter le bandage, et eut recours d'abord à des magnétiseurs, puis, m'a-t-on dit, à l'homœopathie. Elle a succombé près d'un an après; mais toujours est-il que sous l'influence de la compression, la matité devint moins grande, et se circonscrivit davantage; que la quantité de matière expectorée diminua considérablement, et qu'un mieux-être inespéré se prononça.

204.) Séguin, âgé de 40 ans, tailleur de cristaux, d'une forte constitution, n'avait jamais été sujet à aucune maladie. Son père et sa mère vivent encore. Il éprouva, au mois de janvier 1832, une forte douleur dans la partie antérieure supérieure gauche de la poitrine, et cette douleur s'étendit antérieurement vers l'épigastre, sans que le côté, proprement dit, participât à cette souffrance. La maladie était continue.

Séguin entra à la Pitié, et y séjourna six mois. Il n'y avait alors ni sueurs ni crachats; seulement, la marche ascendante était difficile, et des palpitations avaient assez fréquemment lieu.

Au mois d'août 1833, il y eut, sans cause connue, un crachement de sang considérable; on pratiqua une saignée, et les symptômes disparurent.

Depuis, la toux s'est manifestée; le malade a craché le matin des matières jaunâtres et puriformes, et l'expectoration a été quelquefois accompagnée de vomissemens de matières bilieuses. Le soir, survenaient des frissons suivis de chaleurs et de sueurs nocturnes. Dans l'intervalle de ces accidens, le pouls était fébrile. La toux diminuait par la station.

D.

Le 18 mars, époque de l'entrée à l'Hôtel-Dieu, les symptômes étaient les suivans : faciès pâle ; le malade est médiocrement amaigri, et ses muscles conservent encore du volume. Rien à noter du côté du tube digestif, du foie et de la rate. Le cœur a cinq pouces d'un côté à l'autre.

Au-dessous de la clavicule gauche, on trouve une matité très-marquée, et accompagnée de résistance au doigt. Cette matité correspond à la région comprise entre le cœur et la clavicule. Elle s'étend jusques sous le sternum. L'auscultation fait entendre, sur le même point, un ronchus humide, très-large, qui, aussitôt que le malade tousse, devient un gargouillement très-fort. Le son de la poitrine, en arrière et à gauche, présente aussi un certain degré d'obscurité, et on y trouve aussi quelques ronchus humides. La voix retentit en avant, dans l'espace où la matité est observée et est parfaitement articulée (pectoriloquie). Le poumon du côté droit *est élastique, sonore, et donne, à l'auscultation, les bruits de l'état normal.* Les crachats sont puriformes, friables, nummulaires et en quantité assez considérable (plus de deux onces). Le pouls est fébrile et la respiration gênée.

On admet, dans ce cas : d'une part, l'existence d'une masse indurée et tuberculeuse au sommet du poumon gauche, et de l'autre, la présence de cavernes au centre de cette masse. Par l'auscultation, ces cavernes paraissent être voisines de la surface antérieure de la poitrine.

Les premiers jours, on n'employa que quelques moyens généraux qui n'eurent aucun effet satisfaisant. Les crachats étaient toujours abondans, les symptômes prenaient de l'accroissement et le malade dépérissait sensiblement.

Le 24, on chercha à pratiquer la compression de la masse indurée, et M. Bélouino, élève fort studieux et fort zélé, se chargea d'exécuter cette compression avec un bandage approprié.

Une ceinture, disposée en bandage de corps, embrassa le tronc au niveau du rebord costal. Elle fut médiocrement serrée. On la soutint avec des sous-cuisses pour l'empêcher de remonter vers les épaules. Une bande fut fixée en arrière au niveau de l'épaule droite, elle fut disposée obliquement pour pouvoir l'incliner à gauche. Elle fut dirigée sur l'épaule de ce côté. Comme elle avait une largeur correspondante à celle de l'espace où la matité avait son siège, on y fixa trois courroies de cuir, qui venaient correspondre à trois boucles fixées à la partie antérieure droite du bandage de corps.

Alors, plusieurs compresses furent placées les unes au-dessus des autres, et en tel nombre, qu'elles formèrent une pyramide assez élevée pour que leur diamètre antéro-postérieur, joint à celui du thorax, permît une compression sur la partie malade. Une plaque de bois, située au-dessus, servit à faciliter encore l'action du moyen compressif. Dès-lors, la bande fut ramenée sur les compresses et les courroies engagées dans les boucles, et on put établir, graduer, augmenter, diminuer la compression suivant les indications et suivant aussi la faculté avec laquelle le malade pouvait la supporter.

La compression fut d'abord légère, puis augmentée d'une manière successive. On arriva en quelques jours à refouler les côtes fortement en arrière, à déterminer une dépression sur le point comprimé, et à condamner ainsi les parois thoraciques qui y correspondaient, à rester dans l'état qu'elles prennent dans l'expiration forcée. Lorsque cette compression était bien exécutée, et lorsque le bandage était en place, on entendait, sur le point comprimé, la respiration pure et sans mélange de ronchus ; alors aussi, il n'y avait pas de pectoriloquie.

Presqu'aussitôt après l'application de l'appareil, l'expectoration, de gênée qu'elle était auparavant, devint facile. Les crachats, d'abord assez abondans, le furent successivement de moins en moins et perdirent plus tard l'aspect puriforme. Ils devinrent jaunâtres, et prirent l'apparence d'une matière muqueuse épaisse. En même temps, la respiration cessa d'être laborieuse ; les frissons du soir et les sueurs des nuits, furent moins forts, puis disparurent. Le faciès prit le meilleur aspect et actuellement, 4 mai, le malade est encore dans le service, où la compression est continuée. Il tousse et crache peu, n'a pas de dévoiement et paraît jouir d'une excellente santé.

Lorsqu'on enlève le bandage, ce qui rarement est exécuté, on trouve qu'il y a encore de la matité, mais elle est moins marquée que dans les premiers temps du séjour du malade à l'hôpital ; il y a toujours des ronchus, mais ils sont beaucoup moins larges qu'ils ne l'étaient.

La compression a été très-bien supportée. Elle n'a pas produit de douleur, parce qu'elle a été graduée. Elle n'a pas gêné la respiration. Aujourd'hui 15 mai, le malade, qui est on ne peut plus satisfait de ce traitement, comprime lui-même le point malade avec beaucoup d'énergie et de persévérance.

Le régime a consisté dans une nourriture abondante (les trois quarts). La température n'a pu influer sur l'amélioration survenue dans l'état du malade, car depuis le traitement par la compression, le thermomètre ne s'est guère élevé en général à un degré plus haut qu'en hiver, et l'humidité de l'air a été souvent très-grande.

205.) Madame de L... âgée de 22 ans, était d'une constitution assez forte. Il n'y a pas de tuberculeux dans sa famille. Depuis six jours, elle est arrivée et loge à Paris dans un cabinet très-petit et très-mal aéré. Chez elle, à Cambray, pays de plaines, elle a les meilleurs conditions d'habitation. Depuis l'âge de 12 ans jusqu'à 15 ou 16, elle a éprouvé des fièvres intermittentes qui ont duré six semaines ou deux mois. Elle est bien réglée depuis l'âge de 14 ans Elle a eu, il y a trois ans, un enfant qu'elle n'a pas nourri, et qui est très-bien portant.

Après son accouchement, à la suite d'une vive contrariété, la fièvre de lait prit un fâcheux caractère ; les ganglions du cou, des bras, des cuisses se gonflèrent, et formèrent des tumeurs qui, à partir du plus petit volume, égalaient un œuf de pigeon. Le corps fut couvert de plaques et d'arborisations rougeâtres et dures

au toucher. Les symptômes généraux furent très-intenses.

Il y a 19 mois, sans cause appréciable, Mme D. . . . éprouva, vers le soir, un frisson qui fut suivi d'une fièvre vive, et le lendemain, d'un violent point de côté; un peu de sang parut dans les crachats. Une seule saignée d'une livre, fut pratiquée : 12 sangsues furent appliquées sur le point affecté. La maladie dura quinze jours; la convalescence fut lente.

Deux mois après, Mme D.... devint enceinte. Dès lors commencèrent à se montrer, le soir, une petite fièvre; la nuit, des sueurs. Une toux sèche revenait le soir, un peu d'amaigrissement avait lieu. L'accouchement fut très-heureux : l'enfant se ressentit de l'état de la mère; il vint au monde frêle et débile. Les suites de l'accouchement marchèrent fort bien. Mme D . . . . nourrit son enfant, et fut assez bien portante durant l'espace d'un mois : ensuite les mêmes symptômes reparurent; de plus, elle éprouva de légères douleurs de poitrine.

Il y a quatre mois, elle toussa davantage. Les symptômes précédens furent plus manifestes, et l'amaigrissement plus notable. Il y a deux mois, elle sevra son enfant : son médecin lui pratiqua une saignée, lui administra deux purgatifs, appliqua un emplâtre stibié sur la poitrine et donna des potions laudanisées. On prescrivit aussi un régime maigre, des tisanes pour boissons et un vésicatoire au bras.

Etat actuel. Le 15 avril, faciès amaigri, un peu pâle; langue large, humide, sans enduits; selles liquides une fois par jour (et cela depuis deux mois). Le foie et le cœur ont un volume médiocre. Les battemens de celui-ci sont faibles; pouls à 75; rate peut grosse, située un peu haut; sonoréité du poumon et respiration pure, à droite, en avant; à gauche, matité sous-clavieulaire dans un espace qui présente la forme d'un ovale et qui a quatre pouces de largeur sur trois de hauteur. La matité existe : à un demi-pouce de la clavicule, à un demi-pouce du cœur, à un demi-pouce aussi du bord gauche du sternum. La respiration est cavernense; il y a gargouillement considérable. En arrière, à droite, sonoréité, respiration pure; à gauche, matité sous scapulaire, sonoréité de la partie inférieure du poumon. L'auscultation fournit les mêmes signes qu'en avant.

Le mal paraît tout à fait circonscrit dans l'ovale sous-claviculaire désigné. Il est même à noter que le passage de la sonoréité à la matité, est brusque. Crachats nummulaires visqueux, d'apparence puriforme et grumeleuse.

Traitement. — Alimentation succulente et tonique; un peu de vin pour boisson; changement de demeure. D'après l'examen attentif de l'état organique de la malade, on pense qu'il y a lieu de tenter le moyen déjà employé à l'Hôtel-Dieu avec un succès du moins actuel, sur le malade qui se trouve encore dans la salle Saint-Landry.

On applique le 16 le bandage suivant :

Une ceinture de sept à huit pouces de largeur est placée au niveau des cinq dernières côtes. Pour la fixer on y attache trois courroies, placées à l'une de ses extrémités, s'engagent dans trois boucles placées à l'autre. Un bandage de corps, de six pouces de large, coupé obliquement à sa partie inférieure, cousu en arrière à la ceinture, de manière à ce que son bord droit dépasse de deux pouces la colonne vertébrale à droite, et forme, avec la ceinture, un angle aigu à gauche, et un angle obtus à droite.

Ce bandage vient passer sur l'épaule gauche, et va, en obliquant un peu, se fixer en avant à la ceinture, de manière à former avec elle, comme en arrière, un angle obtus à droite, et un angle aigu à gauche. Trois courroies, fixées à son extrémité inférieure et antérieure, s'engagent dans trois boucles attachées au bord supérieur de la ceinture. Ce bandage couvre complétement, au-dessous de la clavicule, le lieu occupé par la matité notée plus haut. On applique sur ce point une pile de compresses; au-dessous, est un morceau d'agaric, dont le contact est plus doux que celui du linge. Sur les compresses est placé un morceau de bois pyramidal, plane par sa surface inférieure, convexe en haut et d'une épaisseur de trois pouces. Sur lui, presse directement le bandage. On peut, à l'aide des courroies, et en augmentant la pile de linge, serrer de jour en jour l'appareil, et rendre son action de plus en plus puissante. Un sous-cuisse matelassé, attaché en arrière et en avant à la ceinture, empêche cette ceinture de remonter. On parvient à rendre ainsi la partie du thorax correspondant au point malade du poumon complétement immobile.

Le 16, Mme D.... supporte difficilement la compression : le soir, elle ôte l'appareil. Il est à noter que la malade avait été debout ou assise durant toute la journée, et que les mouvémens qui, chez les individus bien portans, gênent la respiration et peuvent produire une forte dyspnée, ont dû, à plus forte raison, produire cet effet chez une personne qui n'a plus qu'un poumon en état de bien fonctionner. On lui conseille de rester longtemps au lit.

La nuit du 17 a été bonne, le sommeil tranquille et long contre la coutume; les crachats sont moins abondans; les râles sont diminués dans une assez grande proportion; la malade supporte facilement la compression.

19 avril. La nuit a été excellente : même état d'amélioration.

Le 20 au soir, à quatre heures, la malade se trouvant bien, quitte son logement pour se rendre dans un autre plus sain; elle a l'imprudence d'y aller à pied, et des accès de suffocation assez remarquables ont lieu. La nuit est mauvaise.

Le 21, la malade se trouve mieux, le calme est revenu; le mieux être a reparu comme les jours précédens. La gaieté, qui depuis longtemps était bannie, est de retour.

Le 22, la nuit a été bonne; diminution des râles et des crachats. On augmente la pile de compresses.

La malade remarque que quand elle a mangé beaucoup à la fois, le bandage la gêne; pour éviter la compression que l'estomac rempli exerce sur le diaphragme

et consécutivement sur tout le poumon gauche en se combinant avec celle du bandage, on conseille à la malade de manger peu à la fois et souvent. Il n'y a plus de frissons le soir.

Le 24. On n'entend plus de ronchus, la malade n'a pas toussé hier. On commence à apercevoir une dépression des côtes qui correspondent à la caverne. Le bandage maintient la partie immobile, on s'en assure en appuyant le bout d'une tige de métal sur le sommet de la pile de compresses, dans les fortes respirations, cette tige n'est pas soulevée. On augmente la compression.

Le 26. Les forces de la malade sont un peu revenues, sa figure reprend; elle est moins pâle. Les instans de tristesse sont beaucoup plus rares, l'espoir renaît peu à peu.

Le 27. On n'entend plus de ronchus que par la toux; la faim revient peu à peu.

Le 28. On trouve la malade assez bien pour lui conseiller de partir. Les fièvres du soir, la sueur, ont disparu. Les selles sont devenues noires, liquides; les crachats ne sont plus visqueux, ni aussi arrondis, ils ont une apparence plus salivaire.

Le 1er mai. Le mieux continue, il n'y a pas de râles; depuis deux jours les selles sont solides; la gaieté est très-vive. Le moral de la malade est tout à fait remonté; elle prétend que sans le bandage, elle pourrait marcher, agir bien mieux qu'auparavant. A peine y a-t-il quelques crachats. Le 13 mai l'amélioration continue et la malade quitte Paris.

M. le docteur Bachelot, qui suit ordinairement la clinique, m'a assuré avoir dernièrement employé en ville la compression du thorax, dans un cas de cavernes tuberculeuses. Une amélioration momentanée, a suivi l'emploi de ce moyen remarquable; malheureusement, la gêne que l'appareil causa à la malade, fit qu'elle ne voulut pas le conserver.

Les bandages que nous avons fait exécuter dans les cas précédens, sont les plus simples que l'on puisse faire, et pourraient être de beaucoup perfectionnés. Des ressorts d'acier, des vis de pression, etc., auraient sans doute de l'utilité; mais tous ces appareils doivent être modifiés d'après la forme de la poitrine, d'après l'étendue des parties malades, et d'après une foule d'autres circonstances qui ne peuvent être indiquées *à priori*. C'est à la sagacité du praticien, à décider de la manière dont ces appareils doivent être construits.

Réflexions.— Laënnec en démontrant que les cavernes tuberculeuses peuvent se guérir, a rendu à la science et à l'humanité un grand service. Il a prouvé qu'il peut arriver pour ces cavités, ce que Riobé avait observé pour celles qui, dans le cerveau, sont la suite des épanchemens hémorrhagiques. Les observateurs ont rencontré souvent de véritables cicatrices dans les poumons, et ainsi que Laënnec, nous les avons vues aboutir sur ce point, à une masse tuberculeuse. De plus, les tubercules peuvent se terminer par induration crétacée.

L'auteur de l'auscultation a aussi noté un autre fait: le rétrécissement de la poitrine, chez des individus guéris d'épanchemens pleurétiques. J'ai observé ultérieurement, que chez certains phthisiques qui portaient des cicatrices pulmonaires, les côtes étaient déprimées, et rapprochées de l'axe du thorax. Cela fut surtout remarquable dans une de mes observations et chez un malade que je viens de voir récemment. Or, ce sont ces documens anatomiques, qui m'ont conduit à employer la compression des poumons malades, dans quelques cas de pneumopathie tuberculeuse (phthisie pulmonaire).

Puisque la guérison s'opère par le rapprochement des parois des cavernes, l'indication de les rapprocher devient évidente; puisque les tissus indurés s'atrophient par la compression, l'utilité de les comprimer devient incontestable; puisque des parties gorgées de pus se dessèchent, lorsqu'elles sont pressées sur elles-mêmes, il est avantageux de le faire; puisque le pus contenu dans les cavernes peut être suivi de pyohémie, ou d'anhématosie par les fluides bronchiques. (Voyez ces articles dans le *Traité de médecine pratique.*) Il est utile d'en favoriser l'évacuation par la compression; ainsi, de quelque manière que le fait soit considéré, il y a de l'avantage à tenter la compression des cavernes tuberculeuses.

Une crainte pourrait arrêter, c'est que la compression de la poitrine gênât la respiration. Lorsqu'on fait cette compression à propos, une telle crainte n'est pas fondée. La portion du poumon indurée ou remplie de cavernes sert très-peu, ou ne sert pas à la respiration; aussi est-on étonné de la facilité avec laquelle les personnes qui portent une telle lésion, supportent une pression qui chez toute autre, serait la cause de la plus grande gêne.

Dans les cinq cas qui viennent d'être rapportés, il y en a eu quatre où l'amélioration a été des plus marquée. A coup sûr, on ne peut dire que la compression ait guéri ces malades, qui n'ont pas été suivis assez longtemps, pour qu'on puisse établir un tel fait; mais ce qu'il y a d'incontestable, c'est qu'il y a eu chez eux, une amélioration très-marquée, dans l'état physique local des parties malades, et une disparition presque complète des accidens en rapport avec la pyohémie et avec l'expectoration de matières purulente ou puriforme. Ce qu'il y a de certain encore, c'est que chez trois d'entre eux, nos 201, 204, 205, il y a eu évidemment un affaissement des plus remarquables, des parois costales. A cette occasion, M. le docteur Usiglio de Florence, citait dernièrement à la clinique, le cas d'un homme qui avait un abcès pulmonaire ou pleural, ouvert à l'extérieur, et chez lequel la guérison eut lieu. Il y eut dans ce cas une dépression telle des côtes au-dessous de la surface de la poitrine, que cette dépression présentait la forme d'une fosse profonde.

J'ai longtemps craint que la compression fût impossible, parce que la masse indurée est entourée de portions de poumon élastiques et molles, et parce que le diaphragme peut être refoulé par en bas. Mais on ne peut douter que cette compression agisse; car dans nos observations, l'expectoration s'est faite beaucoup mieux, dès que la pression extérieure a été appliquée, et cela a surtout eu lieu d'une manière instantanée le premier

jour de l'application de l'appareil, chez Mme D***.

Ce qui prouve encore l'avantage de ce fait, c'est qu'avant l'application de l'appareil, la respiration était caverneuse, on entendait le gargouillement, tandis q'auprès son exacte apposition, la respiration devint vésiculaire et le ronchus à peine marqué. Il faut donc que le rapprochement des parois de la caverne ait eu momentanément lieu.

Puisqu'un effet de compression est ainsi produit sur les cavernes, il n'y a pas de raison pour qu'un phénomène analogue n'ait lieu pour les masses indurées; d'ailleurs celles-ci se ramollissant successivement, et se trouvant plus tard dans les conditions des cavernes, il faut bien que la compression devienne alors de quelque utilité.

Quant au refoulement du diaphragme par en bas, un bandage de corps, auquel on ajouterait quelques pièces d'appareil du côté malade, pourrait en partie empêcher ce refoulement d'avoir lieu.

La compression du reste ne me paraît applicable qu'à un très-petit nombre de phthisiques, ce sont : ceux chez lesquels la maladie est bornée, superficielle, et surtout ceux où elle occupe la partie antérieure supérieure de la poitrine vers la clavicule; ceux où l'un des poumons paraît être sain; ceux chez lesquels l'entérorrhée et les sueurs pyohémiques ne sont pas encore très-considérables, ou de très-ancienne date; ceux où rien ne porte à penser que les tubercules se soient, par suite de la pyohémie chronique, reproduits dans d'autres organes; ceux enfin chez lesquels les traits n'ont pas pris cet état si bien décrit par Arétée, et qui annoncent une atteinte si profonde à la constitution.

Cette nouvelle application de la compression, est le résultat du progrès de la science. Elle est née du diagnostic, qui, grace à la percussion plessimétrique et à l'auscultation, a permis de limiter au juste les parties malades; elle est née des recherches remarquables de M. Récamier sur la compression dans le cancer, et de la fusion judicieuse que l'école de Paris a faite de la médecine et de la chirurgie; elle est née des beaux travaux de Laënnec sur l'anatomie pathologique; et si quelques malheureux dévoués à la mort cruelle des phthisiques échappent par des tels moyens au destin qui les menace, ce n'est point à un médecin isolé que ce succès devra être attribué, mais à la marche générale de l'esprit humain. Il faudra même remarquer que l'ancien aphorisme et *eò ducendum quò natura vergit*, a conduit encore ici le praticien; car c'est en imitant le procédé de la nature qu'on a tenté de guérir les malades.

P. A. Piorry.

Pleuro-pneumonite et Encéphalite.

Un homme de 36 ans, d'une bonne constitution, malade aujourd'hui depuis six jours, eut à différentes époques de pneumonies; l'invasion de sa maladie suivit la marche des affections précédentes; frisson de deux heures, brisemens dans les membres, insomnie, perte d'appétit, douleur très-vive au côté droit, plusieurs vomissemens, céphalalgie très-vive. Examiné à la clinique, il offre les caractères suivans : figure animée, respiration accélérée haute, douleur interne près du mamelon droit, toux rare, crachats rougeâtres transparens, mêlés à une grande quantité de salive. Par l'auscultation, on trouve postérieurement, au sommet de la poitrine du côté droit, respiration bronchique, légère crépitation, qui n'est manifeste que pendant la toux et les grandes inspirations. Le malade éprouve une soif ardente, chaleur vive à la peau, plus de céphalalgie, le pouls donne cent-dix pulsations.

Traitement. Une saignée de douze onces, douze sangsues au-dessous du mamelon droit, quatre pots de violette oxymelée, trois grains d'émétique en lavage, potion gommeuse, lavemens émolliens.

Une nouvelle saignée le lendemain; les sangsues ont fait disparaître la douleur de côté, le pouls est plus fréquent que la veille; la pneumonie augmente d'intensité; la respiration bronchique et la crépitation existent sous l'aisselle droite; les mouvemens de la poitrine sont très-accélérés. *Traitement*, une nouvelle saignée. Les symptômes s'aggravèrent pendant la nuit; douleur vive à la partie inférieure du côté droit, crachats jaunes et transparens, chaleur brûlante à la peau, pouls très-fréquent. La crépitation et la respiration bronchique existaient vers la clavicule droite, un peu de délire; le malade mourut le même jour, vers les quatre heures.

Autopsie.

Le poumon droit offre, dans différens points, une inflammation au troisième degré; plusieurs tubercules et de petites cavernes existent au sommet du poumon, les deux tiers du lobe moyen sont hépatisés, la partie inférieure du poumon donne au toucher de la crépitation, et offre à l'œil l'aspect du foie : l'estomac, près du grand cul-de-sac, présente des traces d'inflammation; les intestins, le foie, la rate, les reins sont à leur état normal; la pie-mère est infiltrée d'un liquide opaque, ce qui démontre qu'une inflammation très-vive a existé chez ce malade dès l'invasion de la maladie; les deux ventricules du cerveau renfermaient près de deux onces de sérosité.

L'anatomie pathologique est venue confirmer tous les symptômes observés pendant cette maladie; de plus, l'auscultation n'a pas cessé de nous faire connaître l'intensité et la marche rapide de la pneumonite qui, d'après les antécédens du malade, devait avoir des suites funestes. Cet homme offrait, lors de son entrée à la clinique, une constitution tellement forte, qu'on éloignait toute idée d'existence de tubercules; cependant les petites cavernes et les tubercules trouvés à l'autopsie, sont une preuve certaine des différentes affections de poitrine qu'a éprouvées le malade, qui de son aveu, prétendait jouir d'une excellente santé, avant l'invasion de cette dernière pneumonite. Les altérations de

l'estomac, expliquent les fréquens vomissemens pendant la maladie. Le cerveau présente des traces morbides, qui doivent expliquer la céphalalgie qui, chez cet homme, n'a été vive que pendant les premiers jours de la maladie ; les jours suivans, aucuns signes ne pouvaient faire supposer, une méningite aussi intense, puisque tous les caractères particuliers à cette dernière affection, n'ont jamais existé ; l'épanchement dans les deux ventricules, serait une preuve de plus, pour expliquer une mort aussi prompte. Les graves altérations de l'encéphale, n'ont produit qu'au dernier moment, un léger dérangement dans les facultés intellectuelles. Nul doute que les désordres du cerveau n'aient contribué grandement à la mort de cet individu, qui nous a présenté une exception importante, sur tous les caractères assignés à l'arachnoïdite, à la cérébrite et aux épanchemens cérébraux.

Pleuro-pneumonie et tubercules au sommet du poumon droit.

Un homme de 19 ans, d'une santé robuste, fut atteint d'une diarrhée très-abondante ; quelques jours auparavant, il avait éprouvé un malaise général et une oppression très-grande ; lors de son entrée à la clinique, il offrait les caractères suivans : figure fortement injectée, chaleur très-vive à la peau, langue rouge sur sa circonférence, et blanchâtre au centre, sensibilité de l'estomac, pouls donnant cent quinze pulsations ; la respiration bronchique se fait entendre ; dans le côté gauche de la poitrine le son mat existe ; dans cette région, on entend par instant un peu de crépitation ; crachats peu nombreux, d'une teinte jaune, présentant dans quelques points, des petits corps opaques nummulaires. Une saignée fut pratiquée et renouvelée le soir ; violette édulcorée ; potion gommeuse. Nul soulagement, le pouls marque cent vingt pulsations ; la respiration bronchique existe dans tout le côté gauche, de la matité près de la clavicule droite, une légère crépitation existe du même côté, dans différens points. La diarrhée a cessé ; émétique trois grains en lavage, un large vésicatoire, de six pouces de diamètre, sur le côté gauche. Le pouls offre le lendemain cent quarante pulsations, la face est très-altérée, la respiration est nulle dans la plus grande partie du poumon gauche, des craquemens secs se font entendre dans la moitié supérieure du même poumon, la peau est brûlante. On ordonne une saignée de dix onces ; le malade est dans un état désespérant, la fréquence du pouls persiste ; mêmes symptômes du côté de la poitrine, le malade a succombé vers les deux heures de l'après-midi.

Autopsie.

L'altération du parenchyme pulmonaire gauche démontre les effets d'une inflammation très-grande dans cette partie. Endurcissement considérable du poumon, quelques parties offrent de la crépitation, et surnagent quand on les met dans l'eau ; la couleur de cet organe est violacée ; en le coupant il s'écoule une sérosité sanguinolente. Dans plusieurs endroits, on trouve une hépatisation complète ; le tissu pulmonaire présente dans la moitié supérieure, une couleur grisâtre, le tissu est friable, une matière jaune, visqueuse, s'écoule des incisions ; dans deux endroits, on remarque quelques foyers purulens. Tout le poumon gauche est adhérent à la plèvre costale.

Le poumon droit n'offre pas de désordres graves : quelques tubercules ramollis, à la partie supérieure et antérieure de la poitrine, laissent deux petites cavernes de la grosseur d'une noisette. La communication avec les bronches n'existait pas encore, caractère que l'auscultation nous avait fait connaître pendant la maladie, par la pectoriloquie.

La muqueuse de l'estomac présente, dans toute son étendue, un ramollissement considérable, sans aucune trace d'inflammation. Les intestins font apercevoir les follicules isolés, blanchâtres, et tuméfiés ; on aperçoit dans différens points des traces d'inflammation. Les veines, le foie, la rate, le cerveau sont à leur état normal.

D'après les caractères observés sur ce cadavre on peut conclure que ce jeune homme souffrait déjà avant d'être atteint de cette pneumonie ; le teint jaune, la maigreur du malade, une toux continuelle, et la matité près de la clavicule droite, étaient des signes trop certains d'une maladie si grave. L'ouverture a confirmé le jugement que l'on avait porté, après s'être éclairé des puissans secours de la percussion et de l'auscultation : de plus, les follicules des intestins tuméfiés, expliquent la dysenterie. Le ramollissement de la muqueuse stomacale est un indice évident de l'inflammation de cette membrane. Ainsi les symptômes observés pendant la vie se rapportent très-bien à l'altération des organes.

P. F. Thibert.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

MARS 1836.

Notice sur l'électricité employée comme moyen thérapeutique dans quelques spécialités (1).

Le fluide électrique, introduit dans l'économie avec toutes les précautions et le discernement qu'exige l'administration médicale d'un agent aussi énergique, peut être regardé comme le remède à la fois le plus rationnel et très-souvent le plus efficace contre les maladies dites nerveuses, ainsi que celles qui ont pour cause directe ou secondaire, soit une inertie des systèmes musculaire, circulatoire, etc., soit un dérangement dans certains actes de la vie.

Ce fluide impondérable, outre sa propriété de rétablir l'harmonie entre les appareils nerveux sympathique et de relation, possède sans partage, peut-être, l'inappréciable avantage d'agir directement sur les nerfs, sans jamais produire d'altération d'aucun tissu.

Quel que soit le remède que l'on se propose de diriger vers un organe, ou dans toute l'économie, il faut, ou l'appliquer à la surface du corps, ou l'introduire dans l'une des cavités naturelles. Il est inévitable, pour que le principe actif soit absorbé, qu'il soit mis en contact avec l'épiderme, le derme dénudé ou la membrane muqueuse, gastrique, intestinale, etc. Or, il est peu de substances énergiques dont l'action prolongée sur l'une de ces parties ne finisse par y déterminer des lésions, des phlegmasies plus ou moins graves, dont il n'est pas toujours donné à l'art d'arrêter les progrès ou de prévoir les conséquences. Le fluide électrique au contraire, dans tous les cas qui permettent ou réclament son usage, est constamment inoffensif.

Chargé depuis près d'une année de la direction médicale de l'Institut médico-électrique de M. Le Molt, j'ai pu, dans ce vaste établissement, qui, l'année dernière, a été l'objet des témoignages authentiques les plus honorables de MM. les professeurs de la Faculté, ainsi que de plusieurs membres de l'Académie royale de médecine, j'ai pu, dis-je, entouré de machines d'une grande puissance, ainsi que des nombreux modificateurs dont l'établissement est exclusivement pourvu, faire de l'électricité les applications les plus exactes et les plus minutieuses à un grand nombre de malades. Les faits pratiques ainsi que les observations particulières que j'en ai recueillis, m'ayant paru mériter quelque attention, j'ai pensé que leur exposé, bien que fort incomplet, ne serait pas sans intérêt pour les praticiens, et c'est dans le but d'être utile à la science et à l'humanité que j'en ai demandé l'insertion dans ce journal, si généralement estimé et si répandu, des *Connaissances médicales* pratiques.

Les affections que nous avons eu à traiter pendant l'année 1835 sont : un assez grand nombre de paralysies ayant pour causes des congestions ou des épanchemens, des ramollissemens, des commotions au cerveau par chutes ou par contusions, deux ou trois cas provenant d'émanations saturnines. Beaucoup d'affections rhumatismales, la plupart chroniques ; des névroses générales ; des névralgies ; tic douloureux de la face ; plusieurs cas d'hystérie, de gastralgie, d'hypocondrie. Quelques cas de surdité chez des personnes envoyées pour la plupart à l'établissement par des médecins distingués de la capitale s'occupant spécialement des maladies de l'oreille. Certains cas de stérilité ou d'affaiblissement des organes génitaux ; atonie de l'appareil urinaire, flueurs blanches ; suppressions des règles, etc. Parmi ces malades, il en est fort peu qui n'aient pas ressenti quelque soulagement ; presque tous ont éprouvé une amélioration des plus marquées ; beaucoup d'entre eux, offrant par leur état chronique très-peu de chances de succès, ont été guéris complétement.

Les formes sous lesquelles s'administre l'électricité sont : 1° les frictions à l'aide de la *brosse électrique*. Cet instrument donne au fluide électrique la propriété de pénétrer les tissus avec la plus grande douceur, quoique d'une manière fort énergique, sans causer au malade la plus légère secousse. De plus, par son action mécanique, en stimulant la peau et les muscles sous-jacens, en activant la circulation capillaire, il place les parties qu'il parcourt rapidement, dans les conditions les plus favorables à l'absorption de l'espèce de vapeur électrique qui s'en échappe.

2° La *soustraction* et l'*insufflation*, au moyen d'aigrettes de différentes formes, mais mieux encore par l'emploi de la brosse qui attire et insuffle avec une très-grande force sans crépitation.

3° Les *étincelles données* ou *soutirées*, suivant que

(1) Ce travail a d'autant plus d'intérêt qu'il vient confirmer les bons effets de l'emploi méthodique de l'électricité, dont plusieurs articles de notre collaborateur, M. Andrieux, ont déjà entretenu nos lecteurs.

les cas exigent un effet purement local, ou permettent une action simultanée des moyens locaux et généraux.

4° Les *courans électriques gradués* par le secours de l'appareil intermittent. Ces courans peuvent, en commençant par un effet presque insensible pour le malade, être portés jusqu'au plus haut degré d'intensité. Celui auquel il convient de s'arrêter à chaque séance, est déterminé de la manière la plus exacte au moyen d'un régulateur.

L'électricité s'administre encore sous d'autres formes par l'intermédiaire de divers instrumens au nombre desquels se trouvent le *masseur électrique* et l'appareil *électro-auditif* et qui donnent la facilité de graduer ou d'atténuer ses effets de manière à la rendre parfaitement inoffensive, même dans les circonstances les plus délicates, telles que certains cas de surdité. Ces différens appareils, qu'il serait trop long de décrire ici, mais qui peuvent être examinés dans tous leurs détails par les médecins qui visitent l'établissement, témoignent assez de la précision et de l'exactitude avec lesquels le traitement de chaque malade peut être dirigé.

Jetant actuellement un coup d'œil rapide sur chaque genre de maladies que nous avons traitées par la méthode thérapeutique électrique, nous donnerons à l'appui de nos succès (déjà publiés), obtenus dans les cas de névroses générales, l'observation de Mme Dumas dont la guérison a été parfaite. Cette observation, nous le pensons, pourra intéresser d'autant plus les praticiens, qu'elle est appuyée du témoignage de M. le docteur d'Huc, auteur de plusieurs ouvrages estimés et gendre de la malade, sous l'inspection duquel le traitement a été dirigé, et nous terminerons par l'exposé de quelques phénomènes remarquables.

— Plusieurs cas de paralysies, selon les causes prédisposantes ou déterminantes, ont offert des résultats dignes d'attention : ceux causés par des émanations saturnines ont cédé facilement aux seules frictions électriques. La guérison s'est en général fait attendre plus longtemps et n'a pas toujours été complète dans les cas produits par congestion ou épanchement hémorrhagique ; quelques malades n'ont obtenu qu'une amélioration franchement prononcée, mais qui, en raison de la gravité de leur position, pouvait être considérée comme très-satisfaisante.

En général, les avantages obtenus sont toujours demeurés invariables, sans jamais faire un seul pas rétrograde, et j'en appelle à ce sujet au témoignage de mes honorables confrères qui ont suivi des traitemens à l'établissement, que la persistance dans les effets est un des caractères les plus sensibles de ce nouveau mode de médication.

Les paralysies par cause de ramollissement caractérisées d'après M. le professeur Récamier par la contracture des extrémités ou de la totalité des membres, ont dû être traitées avec plus de précaution en ménageant la partie supérieure du rachis et surtout la tête ; souvent même il a fallu soustraire les malades à l'action trop prolongée du bain électrique, pour n'agir que localement sur les membres et la partie inférieure de la colonne vertébrale. Généralement j'ai remarqué que sous l'influence d'une tension modérée, d'une action douce de l'électricité, la rigidité dans la flexion et l'extension diminuait sensiblement pour faire place à des mouvemens volontaires de plus en plus prononcés, tandis qu'une excitation trop énergique augmentait presque toujours les phénomènes morbides. Je dois dire toutefois qu'un de nos malades, M. Poulloy de Montdidier, affecté d'hémiplégie du côté droit avec contracture des doigts et de l'avant-bras, qui après un traitement de vingt séances par les seules frictions n'avait ressenti que peu d'amélioration dans la partie malade, éprouva rapidement un bien-être notable, de l'emploi des courans par l'appareil intermittent, portés en quelques séances à un très-haut degré d'intensité. Les articulations s'assouplirent en même temps que l'action musculaire s'accrut. Le malade, dont le bras et la main étaient incapables de mouvemens volontaires, parvint en quelques jours à pouvoir s'appuyer sur sa canne, et à exercer entre ses doigts une pression fort sensible. Cet exemple est sans doute une anomalie, mais son heureux résultat n'en offre pas moins quelque intérêt et peut bien en pareil cas et en désespoir de cause autoriser à user des mêmes moyens.

De toutes les observations remarquables d'hémiplégie que nous pourrions citer, en nommant les personnes qui ont été guéries, les quatre premières ont été livrées à l'impression en février et mars 1835, par mon prédécesseur à l'établissement, M. le docteur Louis ; la dernière, publiée par moi en juin, offre une particularité que je ne saurais passer sous silence. Le malade qui en fait le sujet avait perdu la parole en totalité et ne pouvait se tenir debout sans le secours de deux aides ; dès la septième séance il parlait intelligiblement et marchait avec facilité sans aucun soutien.

Parmi les névroses générales, nous citerons l'observation intéressante de M. le docteur Dumont, publiée par lui-même ; celle compliquée d'hypocondrie de M. Dumaine ; un autre cas d'hypocondrie de M. le comte Du Landro ; une affection nerveuse toute particulière de Mme Leclerc, épouse de M. Leclerc, notaire, présentant les phénomènes les plus extraordinaires, traitée sans succès pendant fort longtemps par plusieurs médecins distingués, a été guérie par l'électricité en vingt séances. Cette observation, livrée à la publicité par M. le docteur Louis, est appuyée du témoignage de M. Marjolin, professeur à la faculté.

Au nombre des cas de rhumatismes chroniques, d'affections paralysiformes, etc., etc., qui ont été traitées avec succès, MM. le duc de Grammont, pair de France ; Parent, peintre du roi ; Boulard, maire de Bitche ; Rattier, avocat à la Cour royale ; Olinet, maître de forges à Autun, et une foule d'autres.

En terminant ce paragraphe, je reçois sous la date du 4 mars une lettre de M. le baron de Damas ayant pour objet de me faire connaître le résultat du traitement électrique auquel il s'est soumis pendant le cours de l'été dernier pour une affection rhumatismale chronique. Il termine par ces mots que je transcris textuelle-

ment..... « Il est certain que depuis vos frictions électriques mon cerveau n'a plus été comme auparavant affecté des douleurs qui l'environnaient. Le café, dont je ne pouvais, depuis 25 ans, faire usage, pas plus que du vin, m'est devenu utile; j'en prends tous les jours après mon déjeûner; je prends aussi de temps en temps un peu de vin pur, etc., mon estomac, qui jadis se gonflait sans raison apparente, ne se gonfle plus ou presque jamais, etc. »

Je pourrais encore citer beaucoup d'observations de malades guéris par la méthode thérapeutique-électrique des affections qu'il nous reste à passer en revue et qui ont été indiquées plus haut; mais, outre que les unes ont été publiées par mes prédécesseurs, que les autres ont reçu le témoignage des malades ou de leurs médecins, la plupart de ces observations son consignées dans les livres de clinique de l'établissement et à la disposition des médecins.

Enfin, pour ajouter aux preuves que je crois avoir fournies en faveur de l'électricité médicale et de ses bons effets, principalement dans les affections nerveuses, je vais décrire en entier l'observation de névrose dont il a déjà été parlé.

Observation. — Madame Dumas, âgée de 69 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, atteinte depuis longtemps d'une névrose-générale paraissant avoir pour cause un défaut d'harmonie entre les appareils nerveux sympathique et de relation, est en outre placée sous l'influence d'un phénomène cérébral qui la porte constamment en arrière, et ce n'est pour ainsi dire qu'en luttant contre cette impulsion anormale qu'elle parvient, lorsqu'elle est debout, à garder l'équilibre. La vie organique chez cette dame a une marche assez régulière, mais, soit désaccord entre les deux ordres de nerfs, soit affaiblissement du cerveau ou de la moelle épinière, la malade ne peut faire un mouvement s'il n'est sollicité par un effort de volonté. Ainsi, est-elle assise, il faut, pour qu'elle parvienne à se lever sans le secours d'un aide, qu'elle puisse le vouloir fortement; alors elle se lève sans peine; mais veut-elle marcher avec un peu d'assurance, elle n'y parvient encore qu'après en avoir pris la ferme résolution. Ces efforts de volonté ne sont jamais de longue durée, aussi la malade reprend-elle promptement son immobilité.

Sa voix est faible, mais ici, comme pour les mouvemens, elle acquiert une grande vigueur sous l'influence d'une volonté forte. Cet état persiste parfois assez longtemps, lorsque la malade est excitée par une conversation animée.

Les traits de la face sont tirés et annoncent la souffrance; des douleurs vives se font sentir aux genoux et aux talons. Les pieds sont légèrement infiltrés; les mains un peu gonflées présentent aux articulations des doigts des nodosités goutteuses. Elles sont le siége de fourmillemens fort incommodes et offrent de plus un tremblement presque continuel. La moindre impression de plaisir ou de peine augmente l'intensité de tous ces symptômes.

La malade éprouve encore une incommodité digne d'attention : c'est la difficulté, lorsqu'elle est debout, de garder longtemps son urine. Étant couchée elle peut rester pendant plusieurs heures sans éprouver le besoin de la rendre, mais elle s'échappe sans qu'il lui soit possible de la retenir, si, après quelque temps de repos, elle vient à prendre une position verticale. La santé générale est du reste assez bonne; il y a de l'appétit, les digestions se font habituellement bien.

Tel est l'état dans lequel se trouvait madame Dumas, lorsque M. le docteur D'Huc, après avoir, sans avantage, usé de la plupart des moyens thérapeutiques, ayant conclu à l'emploi de l'électricité, accompagna lui-même madame sa belle-mère à l'établissement. Le traitement, qui a commencé le 21 juillet, a été dirigé de la manière suivante.

Pendant la durée de chaque séance, des frictions furent faites avec la brosse électrique, d'abord le long des membres inférieurs, ensuite sur la partie postérieure du bassin, puis sur les membres supérieurs, enfin dans tout le trajet de la colonne vertébrale, en la parcourant progressivement de bas en haut. Plus tard des étincelles graduellement *données* et soutirées furent ajoutées aux frictions sur les parties déjà citées, et en suivant le même ordre.

Le lendemain de la première séance, je trouvai la malade plus gaie. Le quatrième jour, je m'aperçus que son teint s'animait, et que ses traits annonçaient un bien-être marqué; les forces renaissaient en effet d'une manière très-sensible. Cependant, pour ne pas fatiguer la malade par une action trop énergique de l'électricité, je conseillai de ne prendre les séances suivantes que chaque deux jours. Bientôt, à partir de ce moment, plusieurs des principaux symptômes commencèrent à s'affaiblir, et cessèrent peu après sans retour : d'abord les douleurs des talons et des genoux disparurent; ensuite ce furent les fourmillemens des mains. Celles-ci devinrent moins tremblantes, plus fortes, plus agiles, et la malade put exécuter des travaux auxquels elle avait dû renoncer depuis longtemps. Aujourd'hui madame Dumas fait remarquer qu'elle se tient plus droite; elle sent, dit-elle, beaucoup moins de tendance à reculer. Un autre jour, les mains sont désenflées très-visiblement, ainsi que les articulations des doigts. Plus tard c'est une amélioration notable et un état presque normal des voies urinaires. Enfin tous les symptômes précédemment énoncés s'affaiblirent ou s'éteignirent à tel point, qu'avant la quinzième séance, excepté la voix qui demeura un peu faible, il ne restait plus que de légères traces de la maladie.

C'est dans d'aussi favorables dispositions et après vingt séances qui ont cessé le 31 août que la malade a mis fin à son traitement. Deux mois après, c'est-à-dire vers la fin d'octobre, j'ai eu l'honneur de revoir madame Dumas, elle n'avait éprouvé aucun retour des symptômes de son affection, si ce n'est, de loin en loin, de très-légères douleurs dans les talons, mais qui ne sont que passagères. Cette dame m'a témoigné le désir de recourir de nouveau à l'électricité vers le printemps.

Nous pensons que l'accomplissement de cette résolu-

tion ne pourra que produire l'effet le plus salutaire; nous nous en rapporterons d'ailleurs ici comme précédemment aux lumières de M. le docteur D'Huc.

Il est encore une circonstance que je ne saurais passer sous silence et qui m'a vivement frappé dans la manière d'agir de l'électricité sur l'économie; c'est une sorte d'analogie d'action curative avec celle de certaines eaux thermales. Il est à remarquer toutefois que l'action de l'électricité dans les mêmes circonstances est beaucoup plus énergique; son emploi précédant l'usage des eaux a déterminé des cures plus rapides.

Il me reste, pour terminer, à parler de quelques phénomènes que j'ai été à même d'observer et qui ne se sont réduits que sur certains malades. D'autres sujets placés en apparence dans des conditions identiques avec les précédens n'ont pu donner lieu aux mêmes observations. Je les crois à la fois dignes d'intérêt pour la science, et d'attention pour les praticiens.

Dans l'état normal, excepté chez quelques personnes à idiosyncrasies nerveuses particulières, l'action de l'électricité, c'est-à-dire du bain électrique, en excitant les appareils nerveux, détermine une plus grande activité dans la circulation, et sous cette influence, le nombre des pulsations est constamment augmenté.

Dans les cas de névroses générales, d'hystérie, d'hypocondrie, etc., c'est tout l'opposé. Ainsi, avant la séance les malades ayant pris un instant de repos, on trouvera par exemple 75 pulsations par minute, tandis que, l'opération terminée, le pouls ne sera plus qu'à 60.

C'est principalement pendant les premiers jours de l'application de l'électricité, ainsi que je l'ai observé chez madame Dumas, que cet effet est le plus prononcé. A mesure qu'on avance dans le traitement, et à partir du moment où la tolérance s'établit, on voit la différence diminuer, arriver progressivement à un équilibre parfait, et enfin prendre une marche opposée, c'est-à-dire une accélération du pouls après la séance, comme dans l'état normal.

Ce n'est jusqu'à présent que dans les affections nerveuses, et particulièrement chez les femmes, que j'ai observé ce phénomène. Bien que je voulusse laisser aux physiologistes plus éclairés le soin d'en expliquer le mécanisme, je hasarderai toutefois, sans y attacher aucune importance, d'exposer la théorie à l'aide de laquelle j'ai cherché à m'en rendre compte.

En considérant que, dans les névroses, et surtout les névroses générales, il y a désaccord entre les deux appareils nerveux sympathique et de relation, ne peut-on point admettre que l'électricité, à laquelle les nerfs paraissent devoir la nature toute spéciale de leurs propriétés vitales, en portant sur ces organes une excitation pouvant être considérée comme *régénératrice*, ne rétablisse peu à peu entre leurs deux ordres cette harmonie si nécessaire aux actes physiologiques de toutes les fonctions? Dès lors il résulterait de cette excitation, pour premier effet, une réaction sédative dont le ralentissement du pouls serait une conséquence (1). Ce qui me paraît justifier ce raisonnement, c'est que les crampes qui appartiennent à la vie organique ou qui tiennent, si l'on veut, à un défaut d'harmonie entre les deux vies, et que l'on fait cesser sous l'influence d'une opposition volontaire, s'arrêtent également par l'action énergique de l'électricité.

A l'époque de la première invasion du choléra, M. Le Molt, dans un but tout philanthropique, ayant mis à la disposition de M. Pariset les appareils et le personnel nécessaires à l'application de l'électricité aux cholériques, tous les malades de la Salpêtrière qui furent soumis à son action, et qui dans ce moment éprouvaient des crampes, quelque fortes qu'elles fussent, en ressentirent un prompt soulagement. A peine le courant électrique intermittent était-il établi à travers les centres nerveux sympathiques, que cet état convulsif, au rapport des employés chargés de l'administration du remède, cessait immédiatement.

M. R... traité à l'établissement pendant le mois d'août pour une affection rhumatismale compliquée de symptômes paralysiformes, m'a offert pendant la durée de son traitement plusieurs phénomènes intéressans.

Un affaiblissement musculaire de la jambe droite ayant nécessité l'emploi de l'appareil intermittent, le malade éprouva après quelques séances un soulagement marqué ainsi qu'une augmentation progressive des forces dans la partie affectée. Mais bientôt il accusa dans cette partie et pendant l'opération, une sensation de chaleur de plus en plus incommode, et qui finit par devenir intolérable. Voici de quelle manière les choses se passaient : les excitateurs de l'appareil intermittent se trouvant appliqués, par exemple, l'un à l'extrémité du pied, l'autre vers la partie antérieure et moyenne de la jambe, à mesure que la tension électrique augmentait, une chaleur d'abord douce qui se manifestait dans l'étendue comprise entre les excitateurs, s'élevait rapidement, et faisait éprouver au malade un sentiment de brûlure aussi vif que s'il eût été causé par des charbons ardens.

L'explosion et la secousse produites, la douleur cessait pour recommencer, s'accroître et disparaître, à chaque nouvelle charge d'électricité. Ce phénomène ne s'est reproduit que chez deux autres malades placés à peu près dans les mêmes conditions.

M. R... fut encore, pour moi, le sujet d'une autre observation. Les bras de ce malade, surtout le gauche, étaient le siége d'une insensibilité locale qui s'étendait à tout le trajet du nerf cubital sur une largeur de deux à trois pouces. Cette insensibilité presque complète se dessinait exactement aux divisions du nerf, en comprenant tout le petit doigt et seulement le bord interne de l'annulaire; le retour brusque de la sensibilité était également limité à la partie moyenne ou à la moitié externe de ce doigt, antérieurement et postérieurement.

Désirant suivre d'une manière positive les progrès de l'amélioration, je circonscrivis avec le nitrate d'argent tout

(1) Au lieu d'une réaction sédative, il n'y a peut-être qu'une régularisation vitale entre les deux ordres de nerfs, j'ai même quelques raisons pour croire qu'il en est ainsi.

l'espace insensible du bras gauche. Le jour suivant, le malade se plaignit de n'avoir pu dormir de toute la nuit, à cause d'une démangeaison excessive développée dans les points touchés par le nitrate d'argent. J'examinai le bras ; mais au lieu d'y apercevoir une trace de couleur violette semblable à celle de quelques taches que, par mégarde, je m'étais faites aux mains, je trouvai cette marque d'une teinte blanchâtre, et tout à fait analogue à ce que produit l'acide hydrochlorique, lorsqu'on l'applique sur la peau préalablement tachée par le nitrate d'argent. Cette teinte resta la même pendant toute la durée du traitement, quoique avant sa terminaison, la sensibilité eût reparu dans tous les points affectés.

Chez un autre malade, M. B..., notaire à Bitche, atteint également d'insensibilité des nerfs cubitaux, le nitrate d'argent, appliqué de la même manière et dans le même but, laissa des marques violettes sans produire de démangeaison. Ce malade éprouva, comme le précédent, lors de l'emploi de l'appareil intermittent, le sentiment de brûlure, mais d'une manière bien moins intense.

Je ne dois pas négliger en terminant de faire remarquer que, pour obtenir des résultats satisfaisans et constans dans l'administration de l'électricité, même par les procédés de M. Le Molt, il est rigoureusement indispensable que toutes les conditions soient exactement remplies ; que des machines puissantes à plateaux de trois à cinq pieds de diamètre, donnant des étincelles de dix à douze pouces, soient, dans toutes les saisons, par toutes les variations atmosphériques, capables, par leur perfection ainsi que leur position dans de vastes locaux, de fournir aux modificateurs un courant constamment plein et rapide, enfin que, selon l'exigence des cas, suivant les parties du corps sur lesquelles il convient de le faire agir, le médecin chargé d'en diriger l'application puisse, à son gré et pendant le cours de chaque séance, en faire varier les effets avec toute la précision et la célérité nécessaires.

On ne saurait trop se défier des résultats que produisent les demi moyens, des essais infructueux par l'emploi d'instrumens trop faibles ou mal construits. Ils ne sont pas moins nuisibles que ceux déterminés par tout autre agent thérapeutique mal administré ; ils le discréditent souvent à tort, et privent ainsi la science et l'humanité de ressources quelquefois précieuses, mais dont on n'avait pu exactement apprécier la valeur.

Gourdon, D. M.

Observation d'une énorme tumeur cellulo-fibreuse développée dans la vulve, et extirpée avec succès ; par M. Rapatel, D.-M., à Montreuil.

Les lèvres de la vulve peuvent être considérées comme un des points de l'économie qui sont le plus rarement affectés de productions accidentelles : à peine en parcourant les auteurs et les recueils périodiques, peut-on en rencontrer çà et là quelques exemples isolés ; aussi serait-ce un travail à la fois important et curieux que de réunir ces faits épars, de déterminer les cas dans lesquels l'ablation doit être admise ou rejetée, et déposer ainsi des indications précises qui pussent guider les chirurgiens auxquels de nouveaux exemples viendraient s'offrir. Mais, une tâche pareille ne peut être entreprise que par un homme ayant à sa disposition le temps et les matériaux nécessaires ; et ma position de praticien de campagne s'oppose à ce que je puisse réaliser le plan que j'avais conçu à l'occasion d'un cas vraiment extraordinaire et tel que la science en renferme peu de semblables ; je me bornerai donc à raconter l'observation suivante, en indiquant les raisons qui me décidèrent à tenter une opération justifiée par le succès et l'exemple que Delpech nous a transmis et dont je parlerai plus bas.

La nommée C..., habitante de Montreuil, âgée de quarante-cinq ans, brune et d'une vigoureuse constitution, a toujours été bien réglée et a toujours joui d'une excellente santé. Depuis près de dix-sept ans, elle est affectée d'une tumeur à la vulve occupant la grande lèvre du côté droit. Interrogée avec soin sur la manière dont cette production anomale s'est développée, la malade ne saurait l'attribuer à aucune cause appréciable : seulement elle s'est aperçue, il y a seize à dix-sept ans, que la grande lèvre du côté droit était plus dure et plus volumineuse que celle du côté opposé sans que toutefois il y eût de la douleur dans la partie altérée. Depuis cette époque, la maladie a pris un accroissement lent, mais progressif et continu que l'on n'a jamais cherché à entraver par aucun moyen de traitement ; la malade, qui était mariée, est déjà accouchée quatre fois depuis l'invasion de son mal ; ses dernières couches eurent lieu il y a neuf ans. A cette époque la tumeur était loin d'avoir le volume qu'elle a acquis depuis, aussi l'accouchement ne fut-il pas gêné par elle, et la sage-femme la prit pour une hernie ; plusieurs médecins eux-mêmes y furent trompés et tentèrent bien vainement une réduction impossible.

Dans ces derniers temps, les dimensions de la tumeur devinrent tellement monstrueuses que madame C... résolut d'invoquer les secours de l'art qu'elle avait constamment refusés jusqu'alors, et vint me consulter. Voici la description aussi exacte que possible de cette tumeur.

Sa forme peut être comparée à un sphéroïde fortement aplati sur les deux faces latérales et partagé en deux lobes par un sillon transversal situé inférieurement, et profond de cinq à six pouces ; elle descend jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessus du niveau des genoux. Son étendue antéro-postérieure est de dix-neuf à vingt pouces, et son épaisseur de sept à huit. Sa surface est légèrement inégale et bosselée, sillonnée de toutes parts de veines superficielles très-dévoloppées, apparentes surtout quand la malade est restée longtemps debout ; la couleur de la peau est légèrement brunâtre, livide par place à la partie inférieure ; on voit les orifices béans et largement dilatés des cryptes sébacés qui occupent les grandes lèvres ; cette enveloppe est aussi considérablement distendue et très-amincie ; la

pression ne saurait faire découvrir de fluctuation : on sent une rénitence à peu près égale et une véritable élasticité analogue à celle des tissus fibreux. L'insertion de la tumeur a lieu de la manière suivante : large et arrondie inférieurement comme nous l'avons dit, cette masse devient plus étroite supérieurement et n'offre guère tout en haut que trois pouces d'épaisseur et huit d'avant en arrière. Ce pédicule naît en avant de la partie inférieure droite du mont de Vénus et se confond postérieurement avec la fesse du même côté. Le toucher pratiqué par le vagin fait reconnaître que la maladie ne s'étend pas dans le bassin, mais semble s'arrêter au niveau des branches ascendantes de l'ischion et descendante du pubis. Quelle pouvait être la *cause* d'un développement aussi monstrueux? Ici la science reste sans réponse, car, dire que c'est une perversion du *nisus formativus*, de la puissance formatrice, c'est poser la question d'une autre manière, c'est dire comme Molière, que l'opium fait dormir parce qu'il contient une vertu dormitive. Aussi nous bornerons-nous à avouer notre ignorance; et qu'importe la cause quand on connaît le remède!

Si l'étude du corps est parfois un simple objet de curiosité, il n'en est pas de même de l'étude des symptômes, et il n'était pas oiseux de poser ici un diagnostic précis, car de l'existence de telle ou telle production résultait un traitement différent; aussi notre premier soin devait-il être de distinguer cette tumeur de toutes celles qui auraient pu la simuler; et d'abord, pouvions-nous tomber dans l'erreur qu'avaient commise il y a neuf ans la sage-femme et les médecins qui avaient pris cette maladie pour une *hernie?* Son volume était devenu trop considérable pour qu'il fût possible d'y songer, et quoique l'on rapporte des exemples de hernies qui renfermaient presque tout le paquet intestinal, nous étions certains qu'il ne s'agissait pas ici d'un cas semblable, car le volume du ventre n'était nullement diminué et les fonctions digestives s'exécutaient en pleine liberté, ce qui n'eût pas eu lieu si les viscères eussent été ainsi déplacés.

Était-ce une production cancéreuse? mais je ne crois pas que l'on cite d'exemples de tumeurs de ce genre affectant un pareil volume sans dégénérescence; d'ailleurs il n'y avait pas de douleurs lancinantes, la constitution n'était nullement épuisée ni dans un état de cachexie; les ganglions de l'aîne étaient parfaitement sains, et si nous remontions à la question d'hérédité, personne dans sa famille n'avait jamais été atteint d'affection cancéreuse.

Les mêmes réflexions nous firent rejeter l'idée d'un fungus hæmatode; il venait s'y ajouter même un motif d'exclusion de plus : c'est que la partie inférieure de cette masse ayant été excoriée, il n'en était résulté aucune hémorrhagie. On conçoit que, dans ce cas, l'existence d'un pareil fungus eût considérablement fait modifier notre procédé opératoire, si toutefois nous nous étions décidés à l'emporter.

Restaient quelques tumeurs entre lesquelles nous flottions incertain; était-ce un amas de kyste remplis de matière mélicérique ou athéromatheuse? était-ce un lipome ou une tumeur cellulo-fibreuse, ou bien encore un éléphantiasis de la grande lèvre analogue aux éléphantiasis du scrotum qui s'observent en Orient, principalement en Égypte, et dont Dionis, Eancy, Delpech et Clot-Bey ont rapporté des exemples? Nous penchions vers cette dernière opinion, qui se trouvait encore appuyée de quelques cas semblables rencontrés chez des femmes, et aussi dans les lèvres de la vulve, cas cités par Larrey (*Relation historique de l'armée d'Orient*, p. 273), et par Talrich (*Clinique de Delpech*, t. II, p. 68); et pourtant nous n'observions pas chez cette malade les rugosités et les inégalités de la peau dont ces auteurs ont parlé. Nous eussions pu donner plus de certitude à notre diagnostic, à l'aide d'une ponction exploratrice; mais comme, dans tous ces cas, il fallait agir, et agir de la même manière, nous aimâmes mieux nous en remettre à l'opération pour résoudre une question qui n'était plus que de curiosité.

Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer étaient aussi très-importantes relativement au *pronostic;* car de la nature de la maladie dépendait la gravité des suites de l'opération. Persuadés que la tumeur n'était ni fongueuse ni cancéreuse, nous étions convaincus à l'avance que son existence n'était pas liée à la constitution de notre malade de telle sorte qu'il dût résulter de son enlèvement des phénomènes généraux graves. En effet, dans les cas où l'on a observé quelques accidens après l'ablation d'une tumeur volumineuse, il est bien probable que ces désordres venaient de l'opération elle-même, qui est toujours plus ou moins longue et douloureuse, qui impressionne vivement le malade, et enfin détermine une vaste plaie; ainsi nous étions rassuré à l'avance sur les suites immédiates de notre amputation par la bonne constitution et les heureuses conditions morales dans lesquelles notre malade se trouvait. Que si plus tard quelque maladie générale venait à se développer, on ne pourrait sans injustice nous l'imputer; car cette maladie eut pu survenir sans l'opération, comme chaque jour on en voit attaquer des personnes au milieu de la plus brillante santé.

Si d'un côté le malade dont parle Delpech (*Chir. clinic. de Montpellier*, t. II, p. 5), et qui mourut peu de temps après l'extirpation d'une énorme tumeur du scrotum, pouvait nous inspirer de l'inquiétude, nous avions des cas analogues cités par MM. Larrey et Clot-Bey, dans lesquels la réussite fut parfaite; et enfin, dans l'ouvrage même de M. Delpech (*loc. citat.*), se trouvait l'histoire d'une Espagnole de trente-un ans, qui depuis *son enfance* portait à la vulve une tumeur de 14 pouces de hauteur et de 6 de diamètre, opérée avec succès par M. Talrich.

A quel traitement fallait-il recourir pour débarrasser la malade d'un fardeau aussi incommode? Les résolutifs eussent-ils eu de la prise sur cette monstrueuse production? devait-on, sans s'exposer à de graves accidens, appliquer des liquides caustiques ou solides qui pouvaient amener une violente inflammation, une sup-

puration abondante, etc., en agissant sur une surface aussi étendue? La ligature n'était pas admissible non plus à cause de ses nombreux inconvéniens; entre autres, la putréfaction d'une telle masse et les accidens de résorption qui probablement s'en seraient suivis, sans parler de la douleur qu'elle eût occasionnée, appliqués sur un aussi large pédicule. Il nous restait donc un seul moyen, l'amputation proposée à la malade; elle fut acceptée avec joie, et malgré des manœuvres, que je ne veux pas qualifier, tentées par plusieurs médecins de Paris pour m'enlever ma malade, je pratiquai cette opération le 13 février dans la matinée.

La patiente placée comme pour l'opération de la taille, sur le bord d'une table, les jambes maintenues écartées et soutenues par des aides, je fis d'abord une première incision qui, partant du pli de la fesse, circonscrivait tout le côté externe du pédicule, et venait se rendre au mont de Vénus; comme je m'y attendais, à cause du volume considérable des veines sous-cutanées, il y eut un écoulement de sang très-considérable jaillissant des orifices béans de cinq ou six vaisseaux veineux; mais nous nous rendîmes sur-le-champ maîtres de cette hémorrhagie, soit au moyen de quelques ligatures, soit à l'aide de la compression pratiquée momentanément avec le doigt par les aides : au bout de quelques instans le sang s'étant arrêté, je commençai sur-le-champ la dissection de la tumeur en dehors, et je coupai couche par couche les lames fibreuses qui la constituaient et venaient adhérer aux branches du pubis, et de l'ischion. J'arrivai bientôt ainsi jusqu'au côté interne du pédicule, et la minceur de la peau en ce point m'ôtant la possibilité de faire un lambeau, je coupai les dernières adhérences de la tumeur à la peau au niveau de l'orifice du vagin. Tout le temps de cette section je ne fus pas entravé par la nécessité de lier un seul vaisseau sanguin. La tumeur ainsi détachée, il restait une plaie large de trois doigts environ et longue de sept à huit pouces, recouverte en avant seulement au-dessous du pénil par un lambeau de 18 lignes environ que j'avais pu conserver: il fallut donc panser cette plaie aplatie; toutefois je la resserrai autant qu'il fut possible en tamponnant légèrement l'orifice du vagin; tout l'appareil fut maintenu avec un bandage en T; je laissai une sonde en place afin que le tamponnement ne portât pas obstacle à l'issue des urines, et que celles-ci ne puissent pas imbiber l'appareil. La durée de cette opération fut moins longue que je n'avais osé l'espérer, car tout fut fini, dissection et pansement, en moins de trois quarts d'heure.

Nous procédâmes alors à l'examen de la tumeur; son poids était de 17 livres trois onces; et quant à sa structure, elle était formée dans toute son étendue de couches concentriques de tissus fibreux entremêlées d'une matière inextricable et séparées par des lames épaisses de tissu cellulaire infiltré d'une matière visqueuse et comme albumineuse. Cette disposition était à peu près uniformément répandue dans toute la masse, cependant tout à fait en bas, le tissu fibreux devenait plus prédominant et plus compacte; un réseau veineux très-développé rampait sur ces diverses couches fibreuses, mais il n'y avait presque pas de sang, et remarquons en passant que nous n'eûmes pas à lier un seul vaisseau artériel. Cette tumeur semblait ainsi être seulement alimentée par des capillaires : d'où venait donc le sang qui remplissait le système vasculaire à sang noir et qui nous inonda au premier coup de bistouri?

Les deux jours suivans se passèrent très-bien; la malade eut un peu de fièvre le dimanche, mais cet état fut bientôt dissipé. Le mardi 16, je levai le premier appareil, la suppuration était commencée et semblait de bonne nature; je fis dès lors régulièrement un pansement chaque jour; et au bout d'un mois, sans que la cicatrisation fut entravée par le moindre accident, j'eus la satisfaction de voir la malade heureusement guérie de sa plaie et débarrassée de son infirmité.

Je ne terminerai pas cette observation sans adresser mes remerciemens bien sincères à mes chers collègues, MM. Martin, Gouband, Durand, Ramon et Beaugrand, internes des hôpitaux, qui ont bien voulu m'honorer dans cette opération de leur présence et de leurs avis.

RAPATEL.

PHARMACIE ET CHIMIE.

—

Note sur l'emplâtre de Schiffenhausen; par M. CADET DE GASSICOURT.

On trouve dans le *Codex medicamentarius europæus, sectio* IV, *Pharmacopœam Batavum continens, volumus posterius, pag.* 514, la formule suivante :

Emplastrum balsamicum Schauffausii.

REC.	Olei expressi olivarum,	libr. iij.
	Sapon venet.	libr. j.
	Pulv. tenuissimi ceruss. Venetæ, minii, unc.	libr. j.
	Camphoreæ unc.	libr. iij.
	Castorei sibirici unc.	libr. jb.

M. F. S. A. Emplastrum.

Cet emplâtre, autrefois vendu comme un arcane, passa, dit J. F. Nieman, dans le domaine public par la munificence de l'impératrice de Russie, Catherine II, qui acheta de l'inventeur la composition au prix de 30,000 thalers russes.

Son auteur le recommande contre l'hémicrânie, la cécité, la surdité, le rhumatisme, l'odontalgie, l'écrouelle, la paralysie, l'induration des mamelles, le cancer de la face, et beaucoup d'autres affections. J. F. Nieman dit qu'il a parfaitement réussi à calmer l'odontalgie au moyen de cet emplâtre étalé en sparadrap sur la mâchoire inférieure.

Le mélange du castoréum nous paraît propre à donner des vertus à cet emplâtre; mais, d'une part, la dose indiquée est considérable, et d'autre part, le con-

cours de la céruse de Venise et du minium forme une sorte de pléonasme thérapeutique, qui jette naturellement des doutes sur l'authenticité de la formule.

Ces dernières considérations feraient pencher en faveur d'une autre formule du même emplâtre, qui nous a été confiée par un personnage russe d'un rang élevé.

Emplâtre de Schiffenhausen.

Rec.	Huile de Provence,	trois livres.
	Savon blanc de Venise,	une livre.

Faites dissoudre le savon dans l'huile à petit feu; ajoutez :

Blanc de Venise,	une livre.
Cinabre,	une livre.

Après avoir pulvérisé ces substances, on les ajoute successivement dans l'huile bouillante; le mélange prend d'abord une couleur gris-blanchâtre, et enfin gris-rougeâtre; il faut le laisser sur le feu et le remuer jusqu'à ce qu'il ait acquis de la consistance. On le retire alors, et l'on ajoute, en remuant, pour que le mélange soit exact,

Camphre en poudre,	℥ iij.
Castoréum,	ʒ jb.

Dans cette dernière recette plus détaillée, le castoreum se trouve en quantité moindre que dans la première; le cinabre, à la place du minium, paraîtra peut-être, aux yeux des praticiens, plus propre à satisfaire à certaines médications.

Cette composition n'a que la consistance d'un onguent; pour lui donner la consistance emplastique, il y faudrait ajouter une certaine quantité de cire.

Cadet de Gassicourt.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MEDICO-CHIRURGICALES.

MAI 1836.

Essai thérapeutique sur la noix vomique.

Il y a deux cents ans, à peu près, que l'on connaît les propriétés toxiques de la noix vomique. Mais l'emploi thérapeutique de cette semence est tout récent, et nous avons, dans le but de constater ses propriétés médicales, fait ou répété de nombreuses expériences cliniques, dont nous allons consigner ici les résultats.

Les préparations que nous avons employées à l'intérieur sont l'extrait alcoolique et la poudre. A l'extérieur la teinture alcoolique.

Il est impossible de préciser ici les doses auxquelles les phénomènes se produisent; et il y a, à cet égard, des différences nombreuses dépendant de l'individu.

Action sur le tube digestif.

L'amertume extrême de la noix vomique ne peut que très-difficilement être déguisée, et de quelque façon qu'on enveloppe le médicament, on éprouve le plus souvent, soit en l'avalant, soit quelque temps après l'avoir pris, un sentiment d'amertume dans le fond de la gorge et à la base de la langue.

Sur l'estomac et sur les intestins l'effet immédiat est ordinairement nul, et nous avons l'habitude de donner la noix vomique au commencement du repas sans que jamais nous ayons vu survenir aucun trouble des fonctions digestives; mais après quelques jours l'appétit se prononce, et quelquefois devient extraordinaire, les garde-robes chez les gens constipés sont également plus faciles. Cette exaltation des facultés digestives persiste pendant l'emploi du remède et longtemps encore après, pourvu toutefois que la dose ne soit pas portée trop haut, car dans ce cas il n'est pas rare de voir survenir de l'inappétence.

Appareils des sécrétions.

Nous n'avons vu aucune sécrétion activée par la noix vomique si ce n'est celle des urines, et ici non-seulement la sécrétion est plus abondante, mais l'excrétion est également plus fréquente et plus énergique, au point que quelques malades sont forcés de pisser toutes les heures.

Appareils de la circulation.

Nous n'avons rien observé du côté du cœur et des poumons, et lors même que le médicament a été porté à une dose telle qu'il s'en suive une rigidité musculaire générale, le pouls reste calme, et il ne se passe, du côté de la poitrine, d'autres phénomènes que ceux qui résultent de la difficulté du jeu des muscles inspirateurs.

Appareils nerveux.

Mais les phénomènes les plus intéressans sont certainement ceux qui se passent du côté des appareils nerveux. Les premiers effets du médicament sont un serrement dans les tempes et dans la nuque que les malades appellent mal de tête, mais qu'ils savent très-bien distinguer des céphalalgies qu'ils ont éprouvées jusqu'alors. Les mâchoires se serrent un peu ou plutôt elles deviennent raides comme si le jeu des articulations se faisait moins bien. Cependant cette raideur ne tarde pas à envahir tous les muscles du tronc et des membres. Les malades ne peuvent dilater complétement la poitrine, et dans les grands efforts d'inspiration ils sont arrêtés court par une espèce de spasme musculaire général. Cependant cette raideur dont nous venons de parler n'est pas continue, ou plutôt elle s'exaspère par momens et devient très-forte de minime qu'elle était. Ces contractions spasmodiques sont souvent précédées d'une horripilation accompagnée d'un frissonnement très-marqué; puis surviennent dans le trajet des nerfs des membres des fourmillemens, et quelquefois des sensations douloureuses que les malades comparent au passage des étincelles électriques. C'est après ces frissonnemens et ces étincelles que se manifestent les spasmes d'autant plus énergiques que les phénomènes précurseurs ont été eux-mêmes plus marqués. Cependant d'autres muscles, qui semblent en général un peu moins sous l'empire de la volonté, participent aussi à ces spasmes; ceux du pharynx et l'œsophage; ceux qui érigent le pénis, au point que la déglutition est souvent assez difficile et que les érections nocturnes et diurnes deviennent incommodes même chez ceux qui, depuis longtemps, avaient perdu quelque chose de leur virilité. Les femmes elles-mêmes éprouvent des désirs vénériens plus énergiques et nous avons, à cet égard, reçu des confidences qui ne nous permettent pas d'en douter.

Les fourmillemens dont nous avons parlé, d'abord profonds, deviennent bientôt superficiels, et lorsque tous les accidens spasmodiques sont dissipés, il reste une démangeaison quelquefois tellement insupportable et si opiniâtre que l'on est obligé de renoncer à l'emploi du remède.

Quand la dose de noix vomique a été portée un peu haut, les secousses électriques dont nous venons de parler sont le signe d'une véritable convulsion tétanique, qui, pour n'avoir rien de grave ni de dangereux, n'en est pas moins quelque peu douloureuse, et est suivie d'une raideur des membres telle que la progression est souvent impossible. Lorsque les secousses surprennent le malade debout, il a grande peine à conserver l'équilibre et il le perd quelquefois.

Pendant que ces énergiques effets se font sentir, l'intelligence n'est pas troublée un seul instant ; seulement il survient des éblouissemens, des tintouins, des bluettes ; mais tout disparaît du moment que l'action du médicament s'apaise.

Tous ces phénomènes ne débutent pas en même temps et n'ont pas la même durée. Chez celui qui n'a pas encore pris de noix vomique ce n'est guère qu'au bout d'une heure que les spasmes se manifestent ; ils durent deux, trois, quatre heures, plus ou moins, en raison de la dose. La rigidité est le premier symptôme, les étincelles électriques, les frissonnemens et les secousses convulsives viennent ensuite, mais les fourmillemens et surtout les démangeaisons ne s'observent que lorsque le médicament a été donné plusieurs jours de suite. Lorsque, au contraire, on prend la noix vomique déjà depuis plusieurs jours, les effets d'une dose nouvelle se manifestent quelquefois au bout de dix minutes, et se prolongent pendant deux, quatre, six, huit et quelquefois quinze jours, ce qui veut dire que l'action du médicament ne s'épuise que lentement et que l'excitabilité du malade, si nous pouvons ainsi nous exprimer, va en augmentant à mesure que le médicament est donné plus souvent. En sorte qu'un thérapeutiste se tromperait gravement, qui croirait qu'il peut, dès qu'il a obtenu des effets donnés, à l'aide d'une dose, augmenter toujours cette dose en raison même de l'habitude du malade. Il ne tarderait pas à reconnaître, ce dont l'expérience nous a convaincus, que l'organisme ne s'habitue pas plus à la noix vomique qu'aux solanées vireuses, et que non-seulement il ne faut pas augmenter les doses du moment qu'on est arrivé à obtenir les effets médicamenteux que l'on désire ; mais encore qu'on est souvent obligé de les diminuer ou même de suspendre complétement l'administration du médicament.

Nous dirons tout à l'heure de quelle manière il convient de procéder dans l'administration de ce remède suivant les résultats thérapeutiques que l'on veut en obtenir.

La connaissance plus ou moins complète de l'action physiologique de la noix vomique et des phénomènes qui suivent l'administration de cette héroïque substance, conduisit M. Fouquier à conseiller ce médicament dans la paralysie, et quoique cette heureuse application ait été peut-être moins heureuse entre les mains de M. Fouquier lui-même qu'entre celles de quelques autres médecins, il n'en faut pas moins reconnaître que c'est à ce praticien qu'appartient cette découverte thérapeutique, l'une des plus importantes certes de notre époque.

La noix vomique fut d'abord employée par M. Fouquier dans l'hémiplégie : et l'on ne peut nier que dans les hémiplégies anciennes ce moyen ne soit d'une certaine utilité ; mais comme on l'emploie aussi dans les hémiplégies récentes, on vit quelquefois les accidens cérébraux qui avaient causé la paralysie prendre, sous l'influence de la noix vomique, une intensité nouvelle, et ce médicament tomba promptement dans un discrédit fort injuste. Nous avons essayé la noix vomique dans d'anciennes paralysies symptômatiques d'épanchemens de sang dans le cerveau ou de ramollissemens, et nous avons obtenu des résultats inespérés qu'aucun autre moyen ne nous aurait donnés ; toutefois, et nous nous empressons de le reconnaître, dans les paralysies, la forme hémiplégique est celle qui est le moins heureusement modifiée par le médicament dont nous parlons.

Bretonneau de Tours, à qui la thérapeutique doit tant, répéta les essais de Fouquier, et il ne tarda pas à reconnaître que si, en effet, dans l'hémiplégie et en général dans toutes les paralysies qui tiennent à une lésion du cerveau la noix vomique est peu utile, en revanche elle peut être donnée avec un grand avantage dans les paraplégies et en général dans les paralysies qui sont sous la dépendance d'une maladie de la moelle ou seulement des conducteurs nerveux, et il arriva, après de nombreux essais, à formuler de la manière suivante les cas où l'application de la noix vomique doit être tentée.

Les paraplégies symptômatiques d'une commotion de la moelle, alors que les symptômes primitifs sont passés et qu'il ne reste que la paralysie ; celles qui suivent une inflammation de la moelle ou de ses membranes, alors que tous les phénomènes d'irritation locale sont dissipés depuis longtemps ; celles qui suivent le mal de Pott, alors que la carie osseuse est guérie et que l'affaissement des vertèbres s'est complétement effectué. Les paralysies diverses qui se sont développées sous l'influence du plomb.

Nous avons, nous-mêmes, employé la noix vomique dans les circonstances spécifiées par M. Bretonneau, et nous avons, par ce moyen, guéri ou modifié des paralysies fort anciennes. MM. Duméril, Husson, Deslandes, etc., etc., ont depuis publié des faits qui tous ne déposent pas en faveur de la noix vomique ; mais, nous le répétons, toutes les paraplégies ne sont pas guéries par cet héroïque remède, et celles même qui semblaient devoir céder le plus facilement résistent quelquefois avec opiniâtreté.

A une époque toute récente, M. Tanquerel a publié une thèse dans laquelle il a particulièrement insisté sur l'utilité de la noix vomique et surtout de la strychnine, ce qui revient au même, dans les paralysies saturnines, et il a rapporté des faits nombreux recueillis dans le service de MM. Andral et Rayer et dans le nôtre. Ces faits, à défaut d'autres, mettraient hors de doute l'efficacité de ce moyen.

Les effets de la noix vomique sur les parties paralysées sont fort remarquables. Les étincelles, les secousses, les fourmillemens, dont nous avons parlé plus

haut, se manifestent plus particulièrement dans les membres privés de sensibilité et de mouvement, et c'est même une condition de succès, car lorsque les parties paralysées ne sont pas vivement influencées par la noix vomique il y a peu d'amélioration à espérer.

Les paralysies tout-à-fait locales ont été heureusement traitées par ce moyen. En première ligne nous mettrons l'amaurose. Déjà Bretonneau avait essayé de combattre par la noix vomique l'amaurose qui s'était développée sous l'influence des émanations saturnines, mais sans avantage marqué ; plus tard les docteurs Walson (*Journal des progrès*, t. III, p. 234, 1830) et Liston (*Archives gén. de médecine*, t. XXII, p. 548), et plus récemment encore Miquel, conseillèrent la strychnine dans l'amaurose qui ne connaissait pas pour cause une compression du nerf optique. Ils aimèrent mieux administrer ce médicament par la méthode endermique, et ils obtinrent quelquefois d'incontestables succès. Mais les praticiens dont nous venons de parler firent pénétrer la strychnine par le derme dénudé. Ils appliquaient sur la tempe et au-dessus des sourcils de petits vésicatoires qu'ils recouvraient de strychnine. Cette médication a l'avantage de joindre l'utilité du vésicatoire, moyen qui, à lui seul, peut déjà revendiquer la cure de quelques amauroses, à l'utilité plus certaine encore du médicament excitateur qui semble alors être plus directement porté par l'absorption aux parties qu'il doit ranimer. Parmi les effets qui suivent ce mode d'administration de la strychnine, le plus important est la perception d'étincelles plus ou moins nombreuses et plus vives dans le fond des deux yeux et surtout dans l'œil du côté où est placé le vésicatoire. Si ces étincelles n'existaient pas, on devrait mal augurer du succès du traitement. La qualité des étincelles est aussi une chose digne de remarque; elles sont quelquefois noirâtres, d'autres fois blanches ou rouges. Les étincelles rouges sont les plus avantageuses ; si elles sont trop éclatantes, il faut tempérer les doses de strychnine (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, t. III, p. 201). Dans quelques circonstances nous avons substitué à la strychnine des frictions sur les tempes avec la teinture de noix vomique, en même temps qu'à l'intérieur nous donnions l'extrait de cette semence.

Dans les paralysies locales qui viennent chez les malades qui se sont exposés aux émanations saturnines, nous n'avons pas vu que l'application locale de la noix vomique sur le derme dénudé fût suivie de meilleurs résultats que l'administration de ce médicament par les voies ordinaires. Nous avons au contraire eu beaucoup à nous louer de la médication suivante : en même temps que nous donnons à l'intérieur de l'extrait de noix vomique, nous nous contentons de faire appliquer sur la peau qui recouvre les muscles paralysés des fomentations avec de la teinture alcoolique de la même substance.

L'incontinence ou la rétention d'urine dépendant d'une paralysie de la vessie, ont été traitées avec avantage par le même moyen. M. Lafaye de Bordeaux guérit en sept semaines un vieillard atteint de rétention d'urine, par l'usage de l'extrait de noix vomique donné à la dose de quatre à huit grains par jour (*Journal de médecine pratique de Bordeaux*, tom. II, pag. 32), et M. Mauricet rapporte (*Arch. gén. de médecine*, t. XIII, p. 403), que deux frères d'une constitution lymphatique, l'un de treize, l'autre de quatorze ans, étaient sujets à une incontinence d'urine nocturne : on leur donna matin et soir une pilule d'un demi-grain d'extrait alcoolique de noix vomique. La guérison eut lieu en trois jours. On cessa au bout de quinze jours et l'incontinence reparut ; on reprit l'usage du médicament, nouvelle guérison. L'infirmité reparut lorsqu'on cessa de nouveau le traitement. On recommença alors l'usage des pilules que l'on continua pendant un mois, et la guérison fut désormais solide.

Nous-mêmes, nous avons naguère, à l'Hôtel-Dieu de Paris, guéri, par le même moyen, une femme qui, à la suite d'une chute d'un lieu très élevé, avait d'abord été paraplégique et à qui il était resté une paralysie de la vessie, du rectum et de toutes les parties qui se trouvent dans le bassin.

Nous parlerons maintenant de l'impuissance, contre laquelle nous avons eu l'idée d'employer la noix vomique. Nous avons été conduits à cette médication d'abord par l'analogie, et ensuite par l'observation des phénomènes que nous avions excités chez un de nos malades. C'était un homme atteint depuis trois ans d'une paraplégie complète avec tremblement général. Les membres thoraciques et abdominaux, la vessie, le rectum étaient paralysés du mouvement; la sensibilité était conservée, l'intelligence était d'ailleurs entière. Depuis le début de la maladie l'excitabilité des organes génitaux était complétement éteinte. Sous l'influence de la noix vomique les mouvemens se rétablirent presque complétement, le tremblement cessa, et après un mois de traitement survinrent des érections qui, d'abord faibles, acquirent bientôt la même énergie qu'auparavant et revinrent chaque nuit. Bientôt fixant notre attention sur ce curieux phénomène, nous constatâmes les mêmes effets sur un couvreur âgé de quarante ans, qui avait un affaiblissement notable des extrémités inférieures et qui, depuis sept mois, n'avait pu avoir de rapports avec sa femme. En quinze jours de traitement, il marchait d'un pas plus assuré ; mais les organes génitaux étaient dans un état d'excitation d'autant plus remarquable que les forces musculaires des membres ne se rétablissaient pas avec la même énergie. Nous avons, chez une femme, observé les mêmes effets. Enfin, chez un jeune homme de vingt-cinq ans, constitué d'ailleurs comme un athlète, mais qui depuis dix-huit mois qu'il était marié n'avait eu avec sa femme que des rapports presque fraternels, nous sommes parvenus à lui donner une virilité qu'il perdit bientôt quelque temps après qu'il eut cessé l'usage de la noix vomique.

Jusqu'ici nous voyons cette énergique substance communiquer toujours aux centres et aux conducteurs nerveux une excitation temporaire; et comme, dans plusieurs cas, cette excitation persiste, les organes récupèrent l'aptitude fonctionnelle qu'ils avaient perdue

Mais d'autres praticiens ont cru devoir utiliser quelques autres des propriétés de la noix vomique, et entre autres son excessive amertume. Ils pensaient qu'ils en obtiendraient un effet tonique analogue à celui qu'ils obtenaient en général par les amers, et ils la conseillèrent dans certaines dyspepsies.

Certes, on conçoit que, par son amertume, elle puisse agir utilement dans les mêmes affections de l'estomac qui se trouvent bien en général de l'administration des amers; mais il est bien probable aussi que l'action évidente de la noix vomique sur les muscles de la vie organique et par conséquent sur le plan musculaire de l'intestin, rend au tube digestif des mouvemens qu'il avait perdus, mouvemens qui sont une condition nécessaire à l'accomplissement de la fonction. Aussi l'expérience nous a-t-elle prouvé que cette médication, proposée pour la première fois par Schmidtman, réussit très-rarement chez les jeunes sujets, mais est particulièrement applicable aux vieillards, ou à ceux qui se trouvent avant l'âge dans les conditions physiques de la vieillesse : elle convient à cet état particulier du canal intestinal dans lequel la digestion est très-lente et assez douloureuse, s'accompagne de flatuosités, de gonflement du ventre et de constipation; sans que d'ailleurs il n'y ait jamais ni fièvre, ni amertume de la bouche, ni nausées : état qu'il ne faut pas confondre avec la paresse digestive qui précède, accompagne ou suit la plupart des maladies aiguës et chroniques.

Dans ce cas la noix vomique ne se donne pas à des doses aussi élevées que dans la paralysie.

Les propriétés les plus capitales de la noix vomique, et qui la placent au rang des plus utiles médicamens, sont évidemment celles dont nous venons de parler. Il en est quelques autres moins importantes et que nous indiquerons sommairement. Schulz la donnait en poudre contre les vers intestinaux, et, dans le pays d'Ower-Yssel, elle est encore prescrite contre le tænia associée aux drastiques. Lejeune l'a conseillée dans la chorée, et, d'après lui, nous l'avons essayée une fois avec quelque succès. Hargstrom l'a administrée à la dose d'un scrupule par jour à beaucoup de dysentériques; cette dose était énorme et les médecins qui ont imité Hargstrom ont été beaucoup moins hardis et sont arrivés pourtant aux mêmes résultats (*Dict. de mat. méd. de Mérat et de Lens*, tom. VI, pag. 559).

L'analyse de la noix vomique a donné à MM. Pelletier et Magendie : 1° un alcaloïde qui en est la partie la plus active, et qu'ils ont nommé strychnine; 2° un autre alcaloïde beaucoup moins vénéneux auquel ils ont donné le nom de brucine; 3° un acide particulier qu'ils ont appelé igasurique et qui se trouve combiné dans la plante aux deux alcaloïdes dont nous venons de parler de manière à former des igasurates. La strychnine et la brucine forment la partie active de la noix vomique et ne diffèrent en rien de cette dernière par leurs propriétés thérapeutiques. Aussi ce que nous avons dit de l'une s'applique-t-il aux autres sans aucune espèce d'exception.

Les expériences très exactes de M. Andral (*Arch. gén. de méd.*, t. III. p. 294) ont démontré que la strychnine et la brucine agissaient de la même manière, à cela près de l'activité, la première étant beaucoup plus active que celle-ci. De sorte que si nous prenons l'extrait alcoolique de noix vomique pour type d'action, et si nous représentons son énergie par un, celle de la brucine devra être représentée par deux, et celle de la strychnine par six.

Pour l'usage interne nous préférons en général l'extrait de noix vomique à la strychnine et à la brucine. Pour appliquer sur le derme dénudé la strychnine doit plutôt être employée.

Préparations et doses.

La noix vomique s'emploie sous forme de poudre, d'extrait alcoolique et de teinture. La strychnine se donne en nature ou dissoute dans un véhicule quelconque. La brucine, qui ne se recommande par aucune propriété spéciale, est bannie avec juste raison de la thérapeutique.

La poudre de noix vomique s'administre à la dose de un à quinze grains dans les vingt-quatre heures. L'extrait alcoolique à la même dose. La strychnine à la dose d'un seizième de grain pour commencer jusqu'à deux grains et deux grains et demi. Il est important de débuter toujours par la dose plus faible.

La teinture alcoolique, qui n'est guère conseillée que pour lotions ou fomentations, se prend à des doses indéterminées.

Nous avons également fait des expériences avec la fève de Saint-Ignace. Cette semence est formée des mêmes principes que la noix vomique, mais dans des proportions différentes; elle contient trois fois autant de strychnine que cette dernière et beaucoup moins de brucine.

Aussi ses propriétés toxiques et thérapeutiques sont-elles identiques à celles de la noix vomique, à la dose près.

Par cela même que la fève de Saint-Ignace contient trois fois plus de strychnine que la noix vomique; elle devra se donner à une dose deux ou trois fois moindre que celle-ci.

A. Trousseau, H. Pidoux.

Recherches sur les désordres que le virus syphilitique peut causer sur le cerveau et ses dépendances.

Ire *Observation, prise dans la pratique de M. Duhamel.*

Y***, âgé de trente-cinq ans, d'une forte constitution, avait éprouvé à plusieurs reprises des symptômes syphilitiques. Depuis un an, il ressentait de la douleur dans les fosses nasales, et il rendait des matières muqueuses, mêlées d'une grande quantité de pus et assez souvent teintes de sang. Ce malade répandait autour de lui une odeur infecte et nauséabonde, caractéristique de l'ozène. Divers médecins consultés avaient jugé dif-

féremment la maladie et conséquemment prescrit des traitemens divers.

M. Duhamel, consulté le 7 mars 1834, à la consultation donnée par les membres de la Société de médecine pratique, dont il était alors secrétaire rapporteur, reconnut de suite le caractère et la gravité de la maladie et la combattit immédiatement par le *stannate d'or*, à la dose d'un sixième de grain, dose qu'il augmenta progressivement. Peu de temps après, le malade commença à rendre, en se mouchant, de petites portions d'os nécrosé ; chaque fois qu'il devait en rendre, l'odeur qu'il exhalait devenait insupportable, tandis que dans les intervalles elle était moins forte.

Pendant tout l'été, l'amélioration fut de plus en plus prononcée, et vers le mois de novembre 1834, le malade se crut guéri et suspendit son traitement malgré les instances de M. Duhamel, qui voulait le lui faire continuer pendant au moins trois mois encore. Le printemps suivant, voyant les symptômes reparaître avec une nouvelle énergie, il reprit ce même traitement, qui de suite améliora encore son état. Vers le mois de mai, une angine simple nécessita l'emploi d'une saignée, *indiquée déjà précédemment par une céphalalgie habituelle et assez intense.* Sous l'influence de la saignée et des autres moyens dirigés contre l'angine, la céphalalgie disparut momentanément et permit à M. Duhamel de faire reprendre, dans les premiers jours du mois de juin, le traitement précédent, et cette fois, en associant les mercuriaux aux préparations aurifères ; il donna donc en même temps à l'intérieur le *deuto-chlorure de mercure* et le même *oxide d'or* que précédemment, et le *perchlorure d'or* et de *sodium* en frictions sur la langue. Le sel mercuriel, donné le soir en pilules, était incorporé dans les extraits de jusquiame et d'opium, tandis que l'oxide d'or, uni à l'extrait de fumeterre, était administré le matin. Des lotions émollientes, dans lesquelles on ajoutait du deuto-chlorure de mercure, et dont le malade faisait usage déjà depuis quelque temps, furent remplacées par la solution de ce même sel indiquée par M. Trousseau dans le N° IX (mai 1835) du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales.*

M. Duhamel fut déterminé à prescrire un traitement aussi actif par la manifestation d'une petite tumeur, suivie de la perforation de la voûte palatine sur la ligne médiane, à quatre lignes à peu près de l'arcade dentaire. En outre, le malade souffrait de la tête, surtout pendant la nuit. Ces douleurs devinrent tellement intolérables, qu'il fallut, au commencement du mois de juillet, pratiquer une nouvelle saignée du bras; elle procura un soulagement momentané. C'est alors que M. Duhamel, craignant d'exciter trop fortement le cerveau, suspendit tout traitement pendant quinze jours. Durant cette suspension, le malade souffrit tout autant, et il fallut revenir à l'idée que la marche de l'affection syphilitique devait être la cause des douleurs. M. Duhamel fit en conséquence reprendre le double traitement, et porta les médicamens à de très-hautes doses ; il arriva graduellement à donner chaque jour deux tiers de grain de deuto-chlorure de mercure, un grain d'oxide d'or par l'étain et un quart de grain de perchlorure d'or et de sodium.

Depuis quinze jours, Y*** était parvenu à ces dernières doses des médicamens indiqués ; il paraissait en avoir obtenu une amélioration notable, puisque déjà depuis quelque temps il ne souffrait plus de la tête : lorsque le 10 septembre 1835, après avoir soupé légèrement à huit heures du soir et passé gaiement la soirée avec des amis jusqu'à dix heures, il se coucha sans se plaindre d'aucune douleur. Le lendemain à cinq heures du matin, un individu qui couchait dans la chambre d'Y***, fut réveillé par un ronflement très-fort ; arrivé près de lui, il le trouva ne parlant déjà plus. Cependant il put se lever, porter les mains vivement à la tête et il expira après quelques convulsions.

Nous procédâmes tous deux à l'ouverture du cadavre trente heures après la mort ; en voici les détails circonstanciés :

Raideur cadavérique très-marquée ; *écume* à la bouche et aux narines, comme cela arrive aux individus qui succombent à une affection du cerveau.

La *poitrine* est parfaitement sonore dans toute son étendue ; le *ventre* n'offre aucune distension, et l'on n'aperçoit enfin aucun signe extérieur qui permette de soupçonner une affection des organes contenus dans ces deux cavités. Pendant toute la durée de la maladie, et même pendant les courts instans qui ont précédé la mort, aucuns symptômes n'ont dénoté de lésion de ces mêmes organes. Ce sont ces circonstances réunies et celles des désordres que nous avons trouvés dans le cerveau, qui expliquent que nous ayons négligé d'ouvrir la poitrine et l'abdomen.

Nous n'avons rencontré à la surface externe du crâne aucune saillie anormale, pas plus que sur la face interne de cette voûte osseuse : la partie inférieure ne nous en a point offert davantage. — Les *sinus caverneux* sont très-gorgés de sang.

Quand nous avons voulu enlever le cerveau de sa boîte osseuse, nous avons dû détruire avec le scalpel une forte adhérence qui existait dans la fosse coronale droite, à la partie supérieure du plancher de l'orbite, près et en dehors de l'apophyse *crista-galli.*

Au sommet du cerveau, épaississement très-marqué de la *dure-mère,* qui tient à l'*arachnoïde ;* en dessous, cerveau parfaitement sain.

A l'extrémité antérieure et à la face inférieure du lobe droit du cerveau, dans sa partie la plus voisine de l'autre lobe, et au point correspondant avec la forte adhérence que nous avons signalée, épaississement considérable et légère ossification de la *dure-mère,* qui adhère fortement avec l'*arachnoïde ;* cette dernière membrane est elle-même épaissie, rugueuse au toucher, comme si elle renfermait des parcelles osseuses. La *faux,* correspondante à cette même partie antérieure du cerveau, est presque entièrement ossifiée.

Avant d'arriver à l'examen de la partie du cerveau correspondant à l'altération que nous venons de décrire, et qui nous a semblé à peu près circulaire et ayant son plus

grand diamètre d'un pouce environ (vingt-huit millimètres), nous avons voulu parvenir aux ventricules en enlevant la substance cérébrale par couches successives du sommet au centre. Le lobe gauche nous a paru d'une consistance parfaitement normale, et le droit un peu moins ferme dans tout son ensemble. — Le *ventricule gauche* ne renfermait aucun liquide; le *droit*, au contraire, contenait une petite quantité de sérosité brunâtre.

Nous voici enfin arrivés à l'examen de la portion du cerveau que les altérations superficielles que nous avons décrites devaient nous faire supposer la plus malade. Nous l'avons en effet trouvée légèrement ramollie, et sitôt la première couche de cet organe enlevée, offrant une coloration en jaune, qui, quoique pâle, était parfaitement marquée et s'étendait sur une surface circulaire de la substance blanche de huit lignes environ (vingt millimètres), et à une profondeur à peu près égale, mais diminuant d'étendue au fur et à mesure qu'on s'avançait vers les parties centrales. En examinant comparativement les deux mêmes portions des deux lobes, après avoir enlevé un égal nombre de couches de chaque côté, et être arrivé au centre de l'altération, il restait évident que la portion blanche malade et altérée dans sa couleur, était légèrement hypertrophiée.

Le *cervelet* nous a paru offrir dans toute son étendue une consistance parfaitement normale ; mais ayant fendu transversalement les deux lobes, la substance blanche du lobe droit nous a offert dans toute son étendue cette même coloration en jaune, quoiqu'un peu moins marquée que celle de la partie altérée du lobe droit du cerveau.

Nous sommes ensuite revenus à l'os frontal et aux os de la face.

Derrière l'orbite, au voisinage de la grande échancrure du *coronal*, et dans la cavité qui reçoit la partie antérieure du cerveau, épaississement considérable avec granulations osseuses de la *dure-mère*, qui adhère fortement à la portion osseuse sous-jacente, d'où l'on ne peut l'arracher qu'en enlevant avec elle le périoste; aussi cette face du plancher supérieur de l'orbite est-elle rugueuse au toucher, quoique sa substance ne soit nullement altérée. — Dans le coin de la grande échancrure du coronal, toujours à droite, tout près de l'apophyse *crista-galli*, légère ouverture qui permet à un stylet d'un millimètre de diamètre, de pénétrer à travers l'*ethmoïde* jusque dans la narine droite. Pour bien nous assurer, quoique nous en fussions convaincus, que cette ouverture n'était pas naturelle, nous avons essayé, mais en vain, de faire pénétrer à gauche, dans un point parfaitement correspondant, un stylet beaucoup plus fin.

La *voûte palatine* offre une solution de continuité de deux à quatre millimètres de diamètre, et qui s'étend sur presque toute la longueur de la jonction des *os palatins*, qui sont frappés de carie dans un grand nombre de points. — Il en est de même des *os propres du nez*, dont plusieurs portions sont tombées, et des deux *maxillaires supérieurs*.

Le *vomer* est dans un état complet de carie, de putréfaction; ses rapports sont détruits et nous l'avons trouvés balottant dans les fosses nasales postérieures et prêt à tomber.

La muqueuse qui tapisse le *sinus maxillaire* gauche est dans un état de désorganisation complète, presque diffluente, d'un noir verdâtre et exhalant, ainsi que le vomer, une odeur horriblement fétide.

La muqueuse du sinus-maxillaire droit est aussi très-malade, mais cependant à un moindre degré ; elle est rougeâtre, gonflée, presque aussi diffluente, mais exhalant moins d'odeur. La surface interne de la paroi de ces sinus, paroi qui contribue à former les fosses nasales, est évidemment rugueuse au toucher, mais n'offre aucune ulcération ni aucun point de carie.

C'est arrivés à l'*ethmoïde* que nous avons pu voir comment le stylet, enfoncé dans le trou découvert au voisinage de l'apophyse crista-galli, pénétrait dans la narine droite. C'est en passant entre les deux feuillets osseux d'une des lames de l'ethmoïde. Aussi avons-nous trouvé cet os, sinon autant gâté que le vomer, du moins offrant une altération profonde dans sa structure ; ce n'est plus un os, mais un cartilage, mou, sans consistance, qu'il est facile d'arracher par lambeaux. La muqueuse, qui aurait dû le recouvrir, n'est pas altérée, mais entièrement détruite.

Il est maintenant facile de suivre les progrès de la maladie. On la voit cheminer lentement et s'avancer pas à pas de la muqueuse nasale, qui s'était ulcérée sans doute après les muqueuses de l'arrière-bouche, aux os propres du nez qu'elle frappe de carie, au vomer qu'elle réduit en putrilage, à l'ethmoïde qu'elle altère dans sa structure intime, pour enfin atteindre la dure-mère qui recouvre la lame criblée, et en dernière analyse le cerveau.

Cette observation n'est point unique, et l'on en retrouve dans les Annales de la Science plusieurs, sinon tout à fait semblables, du moins offrant avec elle de nombreux points de ressemblance. Comme ces faits sont, ainsi que celui pris dans la pratique de M. le docteur Duhamel, de nature à porter quelque lumière sur un point important de l'histoire des maladies vénériennes (histoire dont bien des chapitres sont à faire ou à refaire), nous croyons avantageux d'en donner ici une analyse rapide, en les entremêlant des réflexions qu'elles pourront inspirer et que nous croirons de nature à éclairer ce sujet.

La première observation que nous citerons sera empruntée aux *Recherches anatomico-pathologiques de M. Lallemand sur l'Encéphale*, ouvrage qu'on ne saurait trop lire ni trop méditer, et que nous mettrons fortement à contribution dans ce travail. En effet l'illustre professeur de Montpellier a abordé, dans sa *septième lettre*, la question que nous traitons et que nous craignons bien de laisser, comme lui, sans solution définitive.

IIe *Observation de M. le docteur Guérin. — Lettre troisième*, n° 17, tom. I, pag. 391.

A dix-sept ans, *chancres vénériens*, guéris rapidement par des moyens locaux.—Quatorze ans après, *ulcérations*

au voile du palais, guéries par des gargarismes simples. —Quelque temps après, destruction de la cloison nasale, de l'aile gauche du nez, de la joue et de la lèvre supérieure. — Mort après des symptômes cérébraux très-marqués, qui durèrent vingt jours environ, et une hémiplégie à gauche.

Carie de l'*ethmoïde*, dont la lame criblée offre deux ouvertures. — Carie du *coronal*, qui n'est pas perforé. — Désorganisation de la *dure-mère*, qui est presque putréfiée. — A la partie inférieure du lobe antérieur droit du cerveau, *abcès*, situé à un demi pouce de la surface externe, étendu jusqu'à la surface inférieure et paraissant communiquer, par les deux ouvertures de l'ethmoïde, avec la fosse nasale correspondante.

Dans l'observation qui va suivre, que nous avons aussi retrouvée dans les *lettres sur l'encéphale*, la lame criblée de l'ethmoïde n'était pas seulement perforée, elle était détruite.

IIIe *Observation de MM. les docteurs Bayle et Kergaradec.* (*Nouvelle bibliothèque médicale.* — Fév. 1823.)

Dans la jeunesse, *plusieurs maladies vénériennes*, légèrement traitées. — Pendant trois ans, accidens cérébraux de plus en plus graves; affaiblissement graduel; maux de tête continuels et intolérables; abolition lente du sens de la vue; paralysie incomplète. Pendant le mois qui précède la mort, aggravation de tous ces symptômes; diminution de la force musculaire; par suite, chute de la tête sur la poitrine et flaccidité des membres; attaques épileptiformes avec perte des sentimens; rigidité générale des membres. — Plus tard, tremblement des membres, puis hémiplégie à droite avec perte de la sensibilité; tremblemens à gauche avec raideur. — Mort.

Os du crâne minces, très-fragiles, surtout à gauche; face interne du même côté érodée. — Face interne de la grande aile gauche du *sphénoïde* d'une couleur grisâtre et légèrement érodée; paroi postérieure du sinus frontal et lame criblée de l'*ethmoïde* détruites. — Adhérences de la *dure-mère* à gauche; sous ces adhérences, quatre *tumeurs* du volume d'une noix et dures au toucher. — Destruction des *nerfs olfactifs*. — Atrophie et ramollissement des *nerfs optiques*. — A l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche, *plusieurs corps* d'une grosseur variable, adhérant entre eux, irrégulièrement arrondis, alongés, aplatis, ressemblant à de la substance cartilagineuse. — Toute la substance cérébrale qui environne ces tumeurs, et presque la totalité de l'hémisphère gauche et une petite partie du droit, ramollies, diffluentes, etc. — L'*arachnoïde* qui recouvre les portions du cerveau détruite; l'arachnoïde cérébrale épaissie dans toute son étendue. *Pie-mère* injectée.

Cervelet sans doute sain, puisqu'il n'en est fait aucune mention, quoique les détails de la nécroscopie soient très-circonstanciés.

Dans les trois observations qui précèdent, l'infection syphilitique a suivi la marche qu'elle affecte le plus fréquemment. Elle s'est portée des parties sexuelles aux muqueuses de la bouche, de l'arrière-bouche et du nez, pour attaquer ensuite les os de la face, qui sont si voisins de toutes ces muqueuses. Mais il arrive aussi souvent que le principe de cette terrible maladie se porte, sans l'intermédiaire des parties molles, sur le système osseux, et il n'est pas rare, comme chacun sait, de voir des périostoses ou des exostoses succéder immédiatement à des accidens syphilitiques primitifs, ou bien un point du système osseux être frappé de carie de la même façon. Alors, s'il se manifeste quelques symptômes dans les parties molles, ils ne sont plus alors que consécutifs à la maladie de l'os sous-jacent. Eh bien, si dans ce dernier cas, où le virus syphilitique envahit presque de suite le système osseux, c'est une portion de la voûte osseuse du crâne qui est frappée de carie, la maladie pourra encore se propager jusqu'au cerveau d'une manière analogue à celle que nous avons signalée pour les trois premières observations. La carie gagnera la face interne de l'os, et, se trouvant en contact avec la dure-mère, elle y fera développer des accidens morbides qui s'étendront rapidement au cerveau. Les observations qui vont suivre montreront parfaitement comment les choses se passent dans les circonstances que nous venons d'indiquer.

IVe *Observation de Mediavia.* (*Morgagni, lettre* 9, N° 25.)

Gommes vénériennes sur le coronal. — La gauche disparaît pendant un traitement mercuriel; il lui succède une saillie pulsative.

Mort après un assoupissement taciturne, sans paralysie et après plusieurs accès d'épilepsie.

Coronal perforé à gauche. — Dans le point correspondant, destruction des deux *méninges*, qui sont remplacées par une fausse membrane épaisse, mais sans consistance. *Substance corticale* jusqu'à la médullaire ayant la consistance du foie. — Le reste de l'hémisphère plus mou, excepté en arrière. — Du même côté, cavité de la capacité d'une petite noix renfermant une sanie noirâtre. — A droite, commencement d'érosion du crâne.

Ve *Observation de M. Tacheron.* (*Recherches anatomico-pathologiques sur la médecine pratique*, tome 3, page 380.)

Au début, attaques d'épilepsie assez fréquentes commençant par un tétanos léger, puis convulsions avec écume à la bouche. — Facultés intellectuelles détruites. — Yeux fixes; pupille dilatée à droite; iris peu contractile; vue éteinte, regard convergent vers la racine du nez. — Assoupissement continuel. — Pleurs. — Réponses incohérentes quand on touche le malade. — Hémiplégie incomplète à droite. — Pouls normal. — Constipation.

Exostose sur le pariétal gauche, rien aux parties sexuelles.

Os pariétal gauche au devant de la fosse pariétale carié. — *Dure-mère* perforée dans cet endroit, et permettant la sortie d'une *excroissance cancéreuse* formée dans la substance cérébrale. — Dans la partie moyenne

de l'hémisphère gauche, *tumeur cancéreuse*, ovale, de trois pouces sur deux de diamètre, se séparant facilement de la substance du cerveau, et formée de cinq à six lobes faciles à diviser les uns des autres, durs comme des fibro-cartilages, formés d'un tissu grisâtre criant sous le scalpel, n'ayant pas d'odeur particulière. Ventricules remplis d'une sérosité limpide.

Cervelet et autres organes sains.

VIe *Observation du même.* (Même ouvrage, tome 3, page 379.)

Depuis vingt-cinq ans, forte céphalée. — *Abus du mercure* pour le traitement d'une *gonorrhée.* — Après six semaines d'un état comateux et presque léthargique, mort.

Os du crâne cariés ; la maladie paraît avoir commencé par la table intérieure. — *Dure-mère* très adhérente aux points cariés. — Entre l'*arachnoïde* et la *pie-mère*, épanchement sensible de matière gélatineuse. — Circonvolutions du *cerveau* affaissées et humectées de sérosité; substance du *cerveau* très-sèche; ventricule gauche contenant très-peu de sérosité; lobe moyen de l'hémisphère droit entièrement en suppuration. — Dans la partie inférieure du même lobe, la dure-mère, désorganisée dans sa texture et très-épaissie, renferme des *concrétions* ayant une consistance assez dure, semblables aux tumeurs lymphatiques, et qui paraissent formées par la substance cérébrale elle-même. — Sinus caverneux droit entièrement détruit, ainsi que les nerfs.

Cervelet et *moelle alongée* sains.

Dans le fait suivant, la table intérieure de l'os du crâne que la syphilis avait frappé, n'a pas paru malade, mais cependant l'os frontal qui portait sur sa surface extérieure des cicatrices syphilitiques, était *injecté, altéré* jusqu'à une profondeur de quatre lignes, et l'on trouve ensuite la dure-mère aussi malade. N'est-il donc pas bien présumable que cette membrane si voisine du siége de la maladie, dont elle n'était séparée que par un tissu très-perméable, a encore servi d'intermédiaire à la propagation de la maladie de l'enveloppe cutanée du crâne à l'organe renfermé dans cette boîte osseuse?

VIIe *Observation de M. le docteur Sanson.* (*Lallemand, lettre septième*, N° 2, tome 3, page 10.)

Cicatrices syphilitiques sur la poitrine; une d'elles pénètre jusqu'à la côte, qui est dénudée en quelques points. Ces cicatrices sont taillées à pic, et les parties environnantes d'une couleur *bronzée-noirâtre.* — *Sur le front cicatrices semblables*, dont l'une est enfoncée en godet. L'os sous-jacent est injecté et altéré jusqu'à une profondeur de quatre lignes.

Dans l'*hémisphère gauche du cerveau, tumeur presque vasculaire;* elle adhère presque à la *dure-mère* qui se déchire ; la substance cérébrale qui l'entoure est ramollie, diffluente, d'une couleur jaunâtre, semblable à celle de la gomme adragante. — *Trigone* et *septum médian* dans un état de ramollissement commençant.

Cervelet sain.

Dans l'observation suivante, l'infection syphilitique n'est plus partie des os dont la carie d'abord extérieure a gagné de proche en proche jusqu'à la face interne que recouvre la dure-mère : mais quoique différent c'est un mode de propagation parfaitement analogue. En effet, quelle parfaite analogie entre une surface cariée sur laquelle s'applique une membrane comme la dure-mère ou du pus fusant à travers les sutures sagittales sur lesquelles vient aussi se coller cette même membrane.

VIIIe *Observation de M. le docteur Lallemand.* — *Lettre septième*, N° 1. — *Tome III*, *page* 1re.

Bubon. — Inutilité de plusieurs traitemens mercuriels prolongés pendant plus d'un an. — Le bubon persista toujours en prenant le plus mauvais aspect ; développement de symptômes cérébraux de plus en plus graves.

Mort, après quinze jours.

Collection purulente sous la paupière droite. — Le pus en est de couleur jaune verdâtre. — Au niveau du tiers externe de la suture fronto-pariétale même pus à la face cérébrale et entre les feuillets arachnoïdiens. — *Abcès semblables* à la partie inférieure du lobe postérieur de chaque hémisphère et au-dessus du ventricule gauche. — Partout où ce pus a pénétré, la *dure-mère* est molle, jaunâtre, le *périoste* est détruit, la surface des os est dénudée, rugueuse.

Cervelet sain.

Collections semblables dans la *poitrine* et dans l'*abdomen*, dans le *foie.* — *Ganglions mésentériques*, volumineux, engorgés, d'un rouge brun.

Collections semblables dans les muscles et plus particulièrement dans ceux du mollet.

Dans cette dernière observation, comme dans les cinq précédentes, nous avons vu qu'on peut facilement suivre la marche de l'infection syphilitique ; mais on ne saurait dire qu'il en résulte évidemment que le virus syphilitique peut influencer *directement* le cerveau, et il faut dire avec M. Lallemand : « C'est incontestablement au virus vénérien qu'il faut attribuer en dernière analyse l'affection cérébrale dans la première observation ainsi que dans quelques autres rapportées dans la lettre précédente. » Oui, l'on peut parler ainsi en ajoutant aussi avec le professeur de Montpellier : « Mais le virus vénérien a-t-il agi directement sur le cerveau ? » Les observations auxquelles M. Lallemand fait allusion sont au nombre de huit (l'obs. 17 de la lettre 3 ; l'obs. 5 de la lettre 6 et les six premières de la lettre 7). Nous n'en avons encore cité que cinq : ce sont les obs. 2, 3, 4, 7 et 8 de notre travail. On va bientôt retrouver les autres, ainsi qu'une autre empruntée aux *Recherches anatomico-pathologiques* de M. le docteur Tacheron, et nous verrons si ces quatre dernières observations pourront être plus facilement invoquées pour prouver cette influence directe, à laquelle M. Lallemand paraît assez disposé à croire.

Dans les deux observations qui vont suivre on trouvera encore l'ethmoïde en partie détruit, mais le travail morbide a paru se porter ensuite immédiatement sur le cerveau sans attaquer la dure-mère, qui se trouvait cependant en contact avec le siége même de l'affection syphilitique ; à moins qu'on ne suppose, ce qui paraît assez improbable, que des observateurs aussi attentifs que ceux qui nous fournissent ces faits aient négligé de dire que cette membrane fût malade, ou qu'ils ne s'en fussent point aperçu si elle l'eût été.

IXe *Observation de Prost. — Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des cadavres. Tome II, page* 59.

Symptômes syphilitiques primitifs guéris. — Un an après, *boutons* sur toute l'habitude du corps ; sueur abondante. — Expectoration par le nez et le pharynx de matières muqueuses épaisses ; constipation. — Après la disparution des boutons, augmentation d'étourdissemens préexistans et apparition d'*ulcérations*, au gosier aux fosses nasales; destruction de la cloison et d'une partie du nez. — Les sudorifiques font disparaître tous les symptômes syphilitiques, mais les symptômes cérébraux continuent d'augmenter et altèrent le caractère du malade qui perd presque la vue. — Dans le même moment, réapparition des *ulcères* des narines. — Après une suspension des accidens cérébraux, ils reparaissent avec une plus grande intensité ; évanouissemens fréquens, subits et prolongés, mouvemens convulsifs très-violens ; syncopes complètes. — Paralysie du bras gauche, puis des muscles du visage. — Du membre inférieur gauche; chaleur brûlante dans les parties paralysées ; bégaiement ; déglutition difficile, constipation opiniâtre : ventre ballonné ; *mort*, comme si le malade s'endormait, quelque temps après avoir recouvré l'intelligence, la vue et la parole.

Cuir chevelu couvert de *croûtes* plus fines que celles de la teigne.— *Nez* presque totalement détruit ; sa cloisson détruite.— *Membrane pituitaire* couverte de bourgeons charnus et de matières purulentes. — *Ethmoïde* presque en partie détruit. — *Cornets* et *sinus* maxillaires excoriés et couverts de pus. — *Substance cérébrale*, ferme, assez injectée. — A l'union des nerfs optiques et à la naissance des olfactifs, *duretés obrondes* comme des pois, confondues avec la substance médullaire, dont elles avaient toutes les propriétés physiques. — Mêmes *tumeurs* dans le cerveau. — Trois gros de sérosité dans les *ventricules latéraux*.

Cervelet sain.

Dans le fait suivant, l'ethmoïde seul n'était pas carié; le sphénoïde l'était aussi, et malgré cette plus grande étendue du siége de la maladie, la dure-mère paraît aussi avoir échappé à la contagion et le cerveau est encore devenu malade sans que son enveloppe ait été atteinte.

Xe *Observation de M. le docteur Tacheron* (*Recherches anatomico-pathologiques, etc., t.* 3, *page* 384).

Dans la jeunesse, plusieurs *affections syphilitiques* mal soignées. — Pendant dix ans, *céphalalgies* très-internes qui résistent aux dérivatifs, aux antispasmodiques, aux *mercuriaux*. — Ensuite, douleur dans la fosse nasale droite et de temps en temps épistaxis assez abondante. Enchiffrenement.—Paralysie et perte de la vue de l'œil droit. — Paralysie incomplète de la main droite. — Persistance de la céphalalgie. — Enfin mort à 46 ans, après une hémorrhagie considérable par les narines et un anéantissement qui a précédé la mort de six jours.

Carie des *os propres* du nez ; de l'*ethmoïde*, du *sphénoïde*.

Tout l'*émisphère* droit réduit en un putrilage d'une extrême fétidité. — Le *ventricule droit* contenant deux onces environ de sérosité roussâtre. — *Circonvolutions du cerveau* affaissées et humectées de sérosité.

Cervelet commençant à se putréfier, il était d'un vert roussâtre et exhalait une odeur nauséabonde.

Il est à regretter que pour cette observation on n'ait point dit combien de temps après la mort a été faite l'autopsie cadavérique, car il est présumable que l'état de putréfaction dans lequel on a trouvé le cerveau et le cervelet était le résultat de la décomposition générale et avancée du cadavre et non point un phénomène pathologique. Du reste nous ferons remarquer que cette observation et la première seraient les deux seules qui eussent offert une lésion du cervelet.

Ainsi dans ces deux observations, l'infection syphilitique ayant son siége au voisinage du cerveau se serait immédiatement portée sur cet organe! Mais pour qu'il ne restât aucun doute à cet égard, il faudrait que les lésions trouvées dans le cerveau eussent eu un caractère spécial, tranché ; qu'à leur aspect on eût pu dire, cette lésion offre des caractères syphilitiques, de même qu'à la vue d'un cancer du cerveau on reconnaît une dégénérescence cancéreuse de cet organe. Tandis que dans toutes les observations qui précèdent, rien de semblable, et les lésions trouvées dans le cerveau n'appartiennent pas plutôt à une maladie syphilitique qu'à toute autre affection pouvant réagir sur cet organe et y provoquer le développement d'accidens inflammatoires. C'est comme pour notre première observation dont l'altération de l'encéphale n'est pas plus que celles signalées par les autres observateurs un symptôme syphilitique ; car M. Duhamel se rappelle parfaitement bien avoir fait l'ouverture d'un épileptique mort subitement et dont le cerveau offrait une lésion pathologique tout-à-fait semblable à celle trouvée chez Y***.

Quoi qu'il en soit, poursuivons notre tâche, et continuons de donner l'analyse des observations qui permettent de présumer que le virus syphilitique peut influencer directement le cerveau. Cependant nous n'eussions point fait figurer dans notre travail celle qui va suivre, tant elle est incomplète, si M. le professeur Lallemand ne l'avait pas citée dans sa *septième Lettre*,

parmi celles qu'il invoque comme pouvant prouver cette influence directe.

XIe *Observation de Baillou* (*Opera omnia paradigmata*, VIIe *obs.*, *page* 525).

Un an avant la mort, contraction des membres inférieurs qui sont fléchis et retirés sur eux-mêmes : des *frictions mercurielles* dissipent ce symptôme. — Céphalalgie, paralysie des nerfs optiques et olfactifs ; mort dans les convulsions.

Os frontal carié et perforé. — Carie qui s'étend aux *temporaux*.—*Os ethmoïdaux* encore plus cariés.—Abcès dans les corps maxillaires.

Il faut dans cette dernière observation admettre que la carie des os de la face et de ceux du crâne était syphilitique, ce qui n'est certes pas parfaitement prouvé. Mais cette circonstance fût-elle bien établie, il n'en résulterait point encore qu'on en pût conclure la nature vénérienne de la lésion cérébrale, pas plus qu'elle n'est démontrée par l'influence favorable exercée par les frictions mercurielles. Qui ne sait, en effet, qu'on a employé ces frictions, et assez souvent avec avantage, dans le traitement des inflammations de l'encéphale, pures du reste de toute influence d'un virus quelconque.

Enfin, nous donnons encore une dernière observation tout aussi peu probante que celle qui précède, car si elle offre le tableau d'une affection syphilitique primitive, devenant constitutionnelle pendant le développement d'accidens cérébraux de plus en plus graves, il ne résulte nullement de la marche des deux maladies que l'une ait été produite par l'autre, et que la maladie cérébrale se soit développée par l'influence de l'infection syphilitique ; car je ne puis pas croire qu'on en donne comme une preuve l'amélioration momentanée des deux maladies obtenue simultanément par l'emploi du gayac.

XIIe *Observation de Bonet* (*Sepul. lib.* IV, *sect.* 1a, *additamentum*).

Ulcères au gland. — Peu de temps après, des mouvemens épileptiques qui devinrent par la suite plus violens : *pustules à la tête, taches rouges aux tempes et au front.*—Céphalalgie : *peau et yeux pâles et livides.*—*Tumeurs molles et blanchâtres* aux membres inférieurs.— Somnolence, abolition presque complète de la mémoire ; diminution, puis exagération de l'ouïe; ophthalmies. —Après une amélioration immense, obtenue à l'aide du gayac et le retour des premiers accidens par suite d'une légère imprudence. — *Tumeur molle* sous la peau du sinciput ; — douleurs dans les membres ; plus tard, après l'usage des eaux de Padoue, convulsions continuelles surtout du cou et de l'un des bras ; grande difficulté de remuer la langue ; carus, léthargie profonde ; mort.

— *Ventricule gauche* rempli d'eau.

— Une partie du cerveau altérée et comme gangrénée, et au milieu de ce désordre *trois petits corps verdâtres*, ayant l'aspect de tumeurs gommeuses.

— *Cervelet* sain.

— Intégrité de tous les os du crâne et de tout le système osseux.

De ces douze observations, les huit premières offrent un résultat facile à saisir ; elles sont une démonstration évidente que le virus syphilitique en s'avançant de proche en proche des tissus qu'en général il affecte primitivement, aux limites du cerveau, peut y déterminer une inflammation qui débute généralement par la dure-mère. Cette membrane, en effet, est irritée par le contact de la sanie sécrétée par l'os carié, ou par celui de la matière de la suppuration échappée d'un foyer plus éloigné et qui a fusé au travers des sutures sagitales (VIIIe Obs.). Mais il ne se passe rien là que de fort ordinaire, et nous ne doutons pas (sans doute nos lecteurs partageront nos convictions) que si après avoir détruit un des points de la boîte osseuse qui renferme le cerveau, on arrivait à la surface de la dure-mère pour y déposer, en quantité suffisante, un liquide irritant (n'importe par quel règne, il eût été fourni), nous ne doutons pas, disons-nous, qu'il n'y déterminât d'abord une inflammation de cette importante séreuse, et consécutivement des désordres plus ou moins graves dans la substance même du cerveau. Ainsi, dans ces huit cas, le virus syphilitique que nous *matérialisons*, pour ainsi dire, en l'admettant comme présent dans la sanie fournie par les caries syphilitiques ou dans le pus qui s'écoule des abcès de même nature ; ce virus, disons-nous, n'a rien fait autre chose en venant toucher la dure-mère, que d'y provoquer le développement d'une inflammation comme l'eût fait tout autre corps irritant. Aussi, nous le répétons, pour que ces huit faits nous eussent fait croire que le virus syphilitique ait pu influencer directement le cerveau, il eût fallu que, n'ayant pas pu suivre aussi facilement la marche de la maladie, nous eussions trouvé dans cet organe des désordres d'une nature particulière, des altérations non encore observées, offrant un certain cachet, tandis que dans le fait emprunté à la pratique de l'un de nous (Ire Obs.), comme dans les sept autres, on n'a rencontré que des altérations déjà décrites comme étant la conséquence des différentes formes que peut revêtir l'encéphalite.

Aussi, M. Lallemand a-t-il bien dit qu'il resterait à rechercher si cette action désorganisatrice du virus syphilitique s'exerce directement sur le cerveau, ou si cet organe n'est devenu malade que par suite de la carie de l'un des points de sa boîte osseuse. Mais bientôt n'usant plus de la même réserve et laissant percer sa véritable opinion, l'observateur habile que nous combattons ajoute : « Cependant chez plusieurs de ces malades, les » symptômes d'affection cérébrale ont évidemment pré- » cédé tous les autres ; chez presque tous, ils se sont » amendés d'une manière notable toutes les fois qu'un » traitement anti-vénérien a été administré ; ils ont » même disparu complétement et à plusieurs reprises, » de manière à faire croire à une guérison radicale ;

» enfin, dans les observations III et IV (1), les tumeurs » avaient leur siége dans l'épaisseur du cerveau, et » même il n'est question, dans ces deux cas, d'aucune » altération du crâne ou de la dure-mère. Ces faits suf- » firaient *pour prouver que la substance cérébrale est* » *susceptible d'être influencée primitivement et direc-* » *tement par le virus vénérien.* » — C'est cette proposition formelle que nous croyons devoir combattre et par les raisons que nous avons déjà données. Du reste l'illustre professeur de Montpellier a bien senti que les observations où l'on peut suivre les progrès de l'infection syphilitique, comme dans les huit premières de ce mémoire, ne suffisaient pas pour démontrer la solidité de la proposition émise plus haut, et il a eu le soin d'invoquer celles où la dure-mère n'a pas servi d'intermédiaire à la propagation de la maladie; mais dans notre opinion, l'observation XIIe (Obs. III de M. Lallemand) est sans aucune espèce de valeur, et quant aux observation IX (Obs. IV de M. Lallemand) et X, nous avons franchement exprimé notre doute sur leur importance, en laissant entrevoir que la dure-mère avait bien pu être malade sans que les observateurs, préoccupés des suites des désordres trouvés dans le cerveau, s'en soient aperçu. Mais nous fussions-nous trompés en faisant cette supposition, il resterait encore bien évident qu'une encéphalite peut survenir chez un individu atteint d'une syphilis constitutionnelle, et que s'il y a carie des os du crâne, le travail morbide qui s'opère dans un des points de cette boîte osseuse doit favoriser l'afflux du sang vers l'organe qu'elle renferme, et à ce sujet, M. Lallemand ne dit-il pas lui-même, après s'être adressé cette question : *Mais le virus vénérien a-t-il agi directement sur le cerveau?* « Nous avons vu dans la quatrième » lettre quelle funeste influence avait la carie des os du » crâne sur les organes contenus dans sa cavité; il » semble donc naturel de penser que, dans les cas » dont il s'agit, l'encéphalite a été provoquée par la » maladie des os plutôt que par l'action directe de la » cause syphilitique. » Ajoutons qu'une maladie de l'encéphale peut fort bien se développer sans que la syphilis, sans que la carie en soient formellement les causes, cette dernière condition ne faisant qu'accélérer la marche de l'*inflammation cérébrale*. Ces raisons nous paraissent tellement évidentes, que nous ne comprenons pas trop bien que le professeur de Montpellier ait dit : *Chez plusieurs de ces malades les symptômes d'affection cérébrale ont évidemment précédé tous les autres.* Qui peut alors faire présumer qu'ils se soient développés sous l'influence syphilitique? Qu'on ne perde pas de vue qu'il s'agit d'un organe qui, toujours en fonctions, est un des plus fréquemment malades.

C'est encore dans le but de prouver mieux la bonté de sa proposition que le praticien distingué que nous combattons invoque en sa faveur l'influence favorable exercée sur la maladie de l'encéphale par le traitement dirigé contre l'affection vénérienne. Avant d'exprimer notre opinion sur ce point, complétons notre citation, car M. Lallemand ajoute : « Tout récemment encore, » j'ai vu un médecin distingué et un officier d'infanterie » guéris d'une surdité très-ancienne par un traitement » anti-vénérien, administré contre de nouveaux symp- » tômes syphilitiques développés successivement sous » les formes les plus insidieuses. J'ai vu (dit-il encore » plus bas), dans des cas de syphilis constitutionnelle, » des symptômes bizarres qui ne pouvaient appartenir » qu'à une affection du cerveau et de la moelle, et dont » je n'ai reconnu la cause première qu'après leur dis- » parition subite, sous l'influence d'un traitement anti- » vénérien administré sous d'autres indices. » Et à ces nombreux témoignages M. Lallemand ajoute encore une observation qui offre au lecteur le tableau d'accidens cérébraux fort graves (*trois courtes hémiplégies du côté droit, engourdissemens et fourmillemens habituels du même côté. — Exostose sur le coronal*), concomitans de symptômes syphilitiques, et les uns et les autres cédant simultanément à un traitement anti-vénérien...

Faisons d'abord observer que tout ce raisonnement se trouve détruit par cette seule objection, qu'il est bien possible que la *surdité* chez le médecin et l'officier, que ces *symptômes bizarres* attribués à une affection du cerveau, que l'*hémiplégie* de la dernière observation aient été produits ou par une exostose, ou par un gonflement, ou bien encore par un commencement de carie d'un des points des os du crâne. Dans cette hypothèse, qui nous paraît être la plus probable, on concevra l'action favorable du traitement sur les symptômes cérébraux; ceux-ci, en effet, se développant sous l'influence de la maladie de la boîte osseuse, ont dû diminuer et se dissiper en même temps que cette maladie, convenablement et heureusement combattue. Reste maintenant cette autre circonstance invoquée par M. Lallemand, qu'il est arrivé quelquefois que des accidens cérébraux préexistans ont été dissipés par un traitement anti-vénérien dirigé contre des symptômes primitifs de syphilis. Certes, ce raisonnement aurait eu quelque puissance à l'époque où l'on croyait encore à la spécificité absolue des agens thérapeutiques. Mais depuis qu'on ne considère plus ces agens, et avec raison, que comme des modificateurs de notre économie, comme des moyens d'y exciter certains mouvemens, on ne peut plus invoquer une semblable raison. Et en effet, n'a-t-on pas quelquefois heureusement combattu la méningite et la méningo-céphalite, car l'une emporte presque toujours l'autre, à l'aide du calomélas et mieux des frictions mercurielles? Et n'est-il pas bien évident qu'on peut espérer dissiper par les sudorifiques ces mêmes maladies, qui se seraient développées sous l'influence d'une affection rhumatismale?

Concluons donc de tout ce qui précède, et nous sommes heureux d'avoir encore à invoquer le témoignage de M. Lallemand, qui, en définitive, ne soutient son opinion de l'influence directe qu'avec réserve; concluons que l'on ne pourra trancher une semblable ques-

(1) Ces observations III et IV de la *Septième Lettre des Recherches* de M. Lallemand, sont les Obs. IX et XII de notre travail.

tion que lorsqu'on aura reconnu aux affections cérébrales, qu'on suppose développées sous l'influence du virus vénérien, *quelque caractère distinctif*. Ainsi, il ne pourrait plus exister de doute à ce sujet, si on rencontrait plusieurs fois, comme cela est arrivé une fois à MM. Dunal et Lallemand, à la surface du cerveau et de la moelle alongée d'individus qui eussent été atteints de syphilis constitutionnelle, des végétations semblables aux *choux-fleurs* vénériens. Mais jusque-là « il faut certainement » (comme le dit M. Lallemand) des faits plus nombreux » et *observés dans un autre esprit* pour éclairer une ques- » tion aussi neuve et aussi obscure. »

Nous sommes tous deux trop connus comme partisans presque exclusifs des *préparations aurifères* dans le traitement des maladies vénériennes, pour ne pas dire un mot de l'insuffisance de cet agent thérapeutique dans le cas d'Y*** (observat. Ire). Disons d'abord que le premier traitement suivi par Y*** avait procuré les résultats les plus avantageux, et que probablement la cure eût été définitive, s'il avait tenu compte du conseil qui lui avait été donné de suivre son traitement pendant encore au moins trois mois. En effet, celui de nous qui le traitait (M. Duhamel), avait bien jugé de la gravité de la maladie, et parfaitement compris qu'un traitement de six mois ne serait pas suffisant pour déraciner une maladie qui avait établi son siége dans le tissu même des os de la face. Quant à la rechute, elle a été combattue par un traitement double, puisque le malade a fait simultanément usage de *stannate d'or*, de *perchlorure d'or* et de *sodium deuto-chlorure de mercure ;* ainsi le reproche qu'on adresserait à l'*or* serait partagé par le *mercure*. Mais il existe encore une autre raison à donner du peu de succès du premier comme du second traitement, c'est que, dans des affections syphilitiques aussi graves, on aura à redouter de voir échouer toute espèce de traitement, si son action n'est point aidée d'un régime particulier et de soins hygiéniques appropriés. Il n'y a rien eu de cela pour Y***, dont les fonctions l'appelaient à tout moment hors de chez lui, de jour comme de nuit, ne lui permettant souvent de manger qu'où il se trouvait, et ce qu'il trouvait, et le tenaient exposé les trois quarts du temps à toutes les intempéries des saisons. Ces conditions fâcheuses, auxquelles il était impossible de le soustraire, n'avaient pas permis à son médecin de lui conseiller des soins hygiéniques, et donnent à notre sens une explication satisfaisante du peu de succès obtenu chez ce malade.

Duhamel et A. Legrand.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MAI 1836.

Considérations sur la nature et le traitement du cancer; par le docteur Godelle, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons.

Medicina experta melior est quam non experta.

§ I. *Recettes de famille ; nécessité des spécialités dans la médecine.*

Dans le moyen âge, toute famille de quelque importance était dépositaire d'un ou de plusieurs médicamens dont les recettes, conservées comme des secrets précieux, se transmettaient tantôt par droit d'hérédité, tantôt par contrat de vente, et toujours sous le sceau du serment. Point de château qui n'eût son baume. C'était alors une propriété, comme ce l'est encore aujourd'hui. Car la législation actuelle, conservant en cela quelque chose de la barbarie de cette époque, a maintenu, à la honte de l'art et au détriment de l'humanité, ce point du droit féodal : tant il est difficile d'enlever la rouille des siècles ? Outre ces compositions médicamenteuses, certaines familles privilégiées possédaient encore des procédés chirurgicaux particuliers, auxquels les membres de ces familles, qui présentaient le plus d'aptitude, s'exerçaient dès leur tendre jeunesse et sous la direction du parent le plus instruit. Des hommes d'une ignorance profonde sur toutes choses, et qui n'avaient pas la moindre idée des parties sur lesquelles ils devaient opérer, des femmes mêmes arboraient un drapeau, se décoraient d'un uniforme, affublaient leurs gens d'une livrée, et s'étalaient avec audace, au son d'une musique bruyante, sur les places publiques, ou bien pénétraient dans l'intérieur des maisons pour y pratiquer un art dans lequel ils prétendaient exceller. Quelques-uns, en effet, y étaient devenus fort habiles. Tels étaient, pour la chirurgie humaine, les rebouteurs ou bailleuls parmi lesquels brillait cette famille du Val-d'Ajos (1) que les princes et les rois prenaient à leur service ; les opérateurs, oculistes, dentistes, herniaires, etc., etc. Tels sont encore aujourd'hui, dans la médecine vétérinaire, certains artistes qui se consacrent à des opérations spéciales. J'ai vu parmi ces derniers un homme tellement expéditif qu'en moins d'une demi-heure il avait opéré en ma présence la castration de seize petits cochons et de quatorze petites truies. Chez les mâles l'opération était très-simple : elle consistait en une ablation toute nette ; l'animal était aussitôt rejeté sur la paille sans qu'on y fit la moindre attention. Mais elle était plus compliquée chez les femelles. Voici le procédé qu'il employait : il faisait dans le flanc gauche de l'animal une incision pénétrante dans l'abdomen, et assez étendue pour admettre un doigt d'homme. Il insérait l'index gauche dans cette ouverture, et, après un moment d'exploration dans la cavité péritonéale, il ramenait au-dehors, au moyen de l'ongle un peu alongé dont ce doigt était armé, l'utérus qu'il avait détaché en entier. Je dois dire qu'il ne mourut aucun de ses opérés.

Dans les Indes, on fait subir une semblable mutilation aux très-jeunes filles qui doivent être consacrées au service de l'intérieur du palais. Des hommes spéciaux sont chargés du manuel de l'opération, qui réussit constamment, au rapport des voyageurs.

La castration des femelles s'exécute dans une multitude d'animaux de classes différentes, avec un succès que l'habitude rend facile ; et l'innocuité de l'opération s'explique très-bien du reste par la position libre et presque indépendante du système de la génération. Cette indépendance de la vie utérine a fait dire à un physiologiste que la matrice était un organe de luxe.

Il n'est personne qui n'ait admiré la dextérité de nos fermières quand elles chaponnent leurs poulets, ou bien quand, nouveaux Taliacot, elles leurs implantent des ergots et des crêtes.

Quand je vois un musicien faire voler ses doigts sur les touches d'un piano avec une vitesse qui échappe à l'œil, et en tirer des sons d'une harmonie mélodieuse ; quand je vois ces filigranes, œuvre de patience et

(1) Messier, célèbre astronome de l'observatoire de Paris, était tombé de la hauteur de vingt-cinq pieds dans la glacière du jardin de Mousseaux, où sans doute il était à la recherche d'une comète. Dans cette chute il se cassa une cuisse, un bras et deux côtes, et reçut une forte blessure à la tête. Un célèbre docteur, son confrère à l'Académie, se chargea de son traitement ; mais il réduisit mal la cuisse, et le malheureux astronome resta boiteux. Dumont, dit Val-d'Ajou, la lui cassa de nouveau, pour la mieux rajuster. Messier guérit : mais il manifesta dès ce moment hautement son dédain pour toutes les théories savantes, citant, comme un nouvel exemple, la guérison qu'il avait obtenue, dans son enfance, d'un paysan de son village en un cas semblable, guérison si parfaite, disait-il, qu'il lui était impossible de préciser quelle cuisse avait été soumise à l'opération.

G.

d'adresse, où l'ivoire est découpé en compartimens variés et concentriques, sans que le filet le plus mince et le plus délié ait reçu la moindre atteinte, je suis émerveillé des prodiges que peut enfanter une éducation spéciale, de l'habileté et de la finesse de tact que l'homme peut acquérir en s'exerçant exclusivement et sans cesse sur le même sujet; et j'ai la conviction qu'il n'y a pas une opération chirurgicale, quelque délicate qu'elle soit, qui ne réussisse, exécutée par une main habituée à la faire, tout étant égal d'ailleurs.

Cela me fait regretter les hommes spéciaux dans l'art de guérir; ils y deviennent plus rares de jour en jour; et, grace à la confusion que nos lois ont introduite dans cet art en réunissant la médecine et la chirurgie, celle-ci, négligée par la généralité des étudians, devient le domaine exclusif de quelques-uns; et bientôt, dans cette France si célèbre par le nombre et l'habileté de ses chirurgiens, il ne se trouvera, si ce n'est dans les grandes villes, que peu d'artistes en état de pratiquer les opérations les plus vulgaires, ou du moins qui voulussent les pratiquer. La crainte qu'on ne leur applique le malencontreux art. 1383 du code civil, comme cela vient d'avoir lieu tout récemment, les rendra toujours tremblans et maladroits. Ils n'auront plus cette assurance, cette hardiesse qui sont le garant du succès. Jamais, à aucune époque, il n'y eut anarchie semblable; mieux vaudrait, peut-être, l'absence de toute loi sur l'exercice de la médecine, comme à Rome où chacun se faisait traiter des maladies, comme et par qui bon lui semblait.

Cette digression n'est point hors de propos dans le temps où nous vivons. Elle a pour but de faire sentir que les spécialités ne sont pas moins nécessaires dans la médecine que dans les autres professions.

§ II. *Procédés de l'application de l'arsenic conservés par l'empirisme. — Histoire d'un* noli me tangere *reproduite deux fois, dans lequel ce caustique a été appliqué avec un succès inespéré.*

C'est à l'empirisme que l'art de guérir doit ses premiers procédés opératoires et ses médicamens les plus énergiques. Des méthodes de traitement fort efficaces étaient tombées dans l'oubli, ou négligées par les médecins. Ce sont des familles, étrangères à toute science médicale, qui les ont conservées : et elles vendaient fort cher de prétendus secrets que l'on eût trouvés dans Hippocrate et dans Galien si l'on se fût donné la peine de les y chercher. Telle est l'application de l'arsenic au traitement du cancer. Mais cette substance héroïque, repoussée par les hommes de la science, tombait nécessairement dans des mains ignorantes qui l'employaient sans discernement, et avec une témérité qui fait frémir quand on connaît sa puissance destructive. Smith, dans sa dissertation sur l'usage et l'abus des caustiques, rapporte plusieurs exemples dans lesquels les pâtes arsenicales de Come et de Rousselot, appliquées à l'extérieur, ont produit des accidens graves et la mort même. Aux faits recueillis par M. Orfila, dans son traité des poisons (t. I, pag. 246, 2e édition), ce professeur en a ajouté de nouveaux, tirés de ses expériences particulières; on peut y joindre ceux que Fallope et Fernel avaient publiés deux siècles auparavant. Toutefois il n'est pas venu à ma connaissance que dans les mains des empiriques dont je parle, ce toxique ait tué qui que ce soit; mais je ne pourrais rendre le même témoignage sur leur adresse; j'ai la certitude qu'ils ont défiguré bon nombre de leurs clients.

En Angleterre, c'était le remède de la famille Plunket, irlandaise, qui avait la vogue, et qui, je pense, l'a conservée. En France, les hommes de l'art semblent depuis longtemps donner la préférence à la pâte du frère Côme dont celle de Rousselot n'est, pour ainsi dire, qu'une seconde addition, et qui n'est elle-même qu'une modification des prescriptions de l'antiquité. C'est la pâte de Côme que Dupuytren employait d'abord en la modifiant à sa manière, et il s'en servit chez la personne dont nous donnerons tout-à-l'heure l'histoire. L'expérience lui inspira de la foi dans l'efficacité de ce moyen, préférable sous tant de rapports à l'instrument, et sa formule finit par égaler en puissance celle du frère de la charité. On verra, dans le parallèle, que nous offrirons bientôt, des proportions de l'arsenic dans les diverses prescriptions parvenues à notre connaissance, que nos contemporains l'appliquent d'une main trop méticuleuse, et qu'on peut en élever la dose non-seulement sans danger, mais même avec avantage.

Le cancer est un de ces ennemis insidieux et redoutables contre lesquels le fer et le feu sont également impuissans. Il échappe au tranchant du couteau qui ne peut aller le saisir dans les derniers filamens qu'il projette à des distances impossibles à déterminer, et il semble tirer du feu une activité plus dévorante. Toutes les parties non détruites de cette hydre rebelle se ravivent, se rapprochent, se rattachent et se renouent pour former un nouveau corps doué d'une puissance destructive plus énergique que le premier.

Il ne fallait pas moins, contre un tel ennemi, que le poison le plus actif, le plus pénétrant, et le plus délétère de la nature; et ce poison, c'est l'arsenic, dont l'emploi thérapeutique remonte à la plus haute antiquité.

Ces considérations puisées dans une observation attentive conviennent au carcinome lorsqu'il n'est que local et solitaire; mais elles lui sont encore bien plus applicables alors qu'il est devenu multiple, et qu'il a envahi un ou plusieurs systèmes d'organes; alors que le sang roulant au milieu de ses liqueurs constituantes les molécules *carciniques* qui les imprègnent, dépose ces molécules dans des tissus propres à leur servir de matrice. N'est-ce point à ces germes ainsi portés, disséminés dans tout l'organisme qui en est, pour ainsi dire, saturé, qu'est dû cet état qu'on a appelé *diathèse cancéreuse, cachexie cancéreuse?* Peut-on expliquer autrement cette fatale tendance des cancers aux métastases et à la répullulation dans des lieux différens de ceux où ils avaient été précédemment détruits? (1).

(1) On trouvera dans une foule d'observateurs des faits favorables à cette théorie, mais notamment dans le mémoire de Ledran, inséré au n° III des mém. de l'acad. de chir., in-4°.

Quand le carcinome a établi son siége à la face, il imprime à la physionomie de l'homme un aspect repoussant, et dans cet état la plus belle tête n'inspire plus que de l'horreur. On conçoit facilement que l'être malheureux qui en est atteint se décide à recourir à un remède aussi violent que le mal lui-même. Les femmes ne sont pas les moins braves dans ce duel où la mort est aux prises avec le poison, comme on va le voir par l'histoire suivante :

Mlle.... née en 1788, éprouve, à l'âge de 20 ans, un typhus grave, dont elle se rétablit promptement. En 1814 et 1815, elle a des hémoptysies fréquentes et abondantes qui font soupçonner dans les poumons la présence de nombreux tubercules ; douleurs pleurétiques, toux nocturne, fièvre hectique, émaciation excessive, enfin tout le cortége d'une phthisie confirmée. Néanmoins, cet appareil menaçant se dissipe peu à peu sous l'influence d'une thérapeutique en rapport avec les symptômes. A la suite de cette maladie qui avait compromis l'existence de Mlle***^ surgissent à plusieurs reprises des gastralgies, qui cèdent à leur tour aux moyens appropriés. A ces gastralgies succède dans la région épigastrique une douleur obtuse et persistante ; il est facile de distinguer au tact une tumeur rénitente, située transversalement un peu au-dessus de l'ombilic, et posée presque immédiatement sur l'aorte ventrale dont elle répète les pulsations sous la main et même à la vue. Cette tumeur me semble déceler un squirrhe développé déjà depuis quelque temps dans les tuniques de l'estomac ou dans une partie voisine, et me fait craindre qu'elle ne dégénère en cancer dans un avenir plus ou moins éloigné. Car les cancers de l'estomac sont fort communs dans notre contrée.

Nous ferons observer que ces gastralgies, ces gastrodynies, excepté dans leurs momens d'exaspération, n'ont que rarement détruit l'appétit, qui s'est généralement soutenu, et qui parfois même devenait fort impérieux.

Dans le cours de l'année 1816, on voit poindre un peu au-dessous de la commissure interne des paupières du côté gauche, presque immédiatement au-dessous du tendon du muscle orbiculaire, un tubercule sous-cutané, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, mais avec des démangeaisons qui se font sentir à certaines époques peu remarquées d'abord. Ce corpuscule de la forme d'une petite lentille, mobile sous le doigt, et très-peu saillant, reste trente mois sans faire de progrès sensibles. Mais on s'était aperçu que tous les ans vers le milieu de l'automne, il survenait à l'épiderme directement superposé une légère rougeur, que ce corps lenticulaire se renflait, et qu'ensuite il semblait s'éteindre et se réduisait à son premier volume. Cependant, chaque année il a pris un accroissement appréciable. Pendant l'automne de 1820, le tubercule ayant gonflé outre mesure, la peau s'ouvre et laisse transsuder un léger suintement; bientôt après, il rentre dans ses premières limites, et tellement qu'on eut cru qu'il s'était oblitéré. Une croûte superficielle se forme des produits transudés, se dessèche, se sépare, et laisse après sa chute en sa place une cicatrice lisse, luisante et déprimée légèrement au-dessous du niveau de la peau ; depuis cette époque, au retour de chaque automne, et même quelquefois au printemps, une croûte se forme de nouveau, suivie d'une cicatrice semblable.

Je n'ai point dirigé contre cette affection de traitement spécial. J'avais en quelque sorte vu naître le mal ; j'en avais reconnu, déterminé, caractérisé la nature. Mon opinion était, que les applications locales ne pouvaient que l'irriter en lui faisant prendre un développement dangereux. Avais-je raison ? Je le pensais alors ; car j'ai vu de ces carcinomes de la face, durs, stationnaires, pendant 20 et 40 ans ; une demoiselle a porté un cancer au sein pendant plus de 45 ans ; elle est morte à 82, et elle n'est point morte de ce cancer, qui n'avait commencé à s'ulcérer, c'est-à-dire à ouvrir la peau que quatre ans auparavant. Je n'ai point eu occasion de voir cette dame dans sa dernière maladie ; elle demeurait loin de moi ; mais j'ai tout lieu de croire qu'elle a succombé à une métastase cancéreuse sur l'une des parotides.

Je me bornai donc à prescrire à la malade un régime adoucissant, et je cherchai à combattre par des jus d'herbes, au printemps et à l'automne, la diathèse cancéreuse qui me paraissait se prononcer de plus en plus. Les cataplasmes d'amandes amères, pilées en consistance de pulpe, ont toujours adouci la férocité du mal. C'est le seul topique anodin que je me sois permis. A mesure que le cancer de la face grandissait, je voyais diminuer le volume de la tumeur épigastrique, et se dissiper graduellement tous les accidens qui primitivement donnaient à cette tumeur une haute importance, et attiraient presque seuls toute l'attention.

En novembre 1825, la tumeur, au bout de la neuvième année de son apparition, prend un développement insolite, extraordinaire, qui tourmente beaucoup la malade et accroît mes inquiétudes. Le tubercule marchant de haut en bas, avait étendu ses bras sur la joue gauche, et remplissait tout l'espace naso-génal de ce côté ; il tiraillait dans ce sens le tendon du muscle orbiculaire, et déformait la belle figure de Mlle***^ de la manière la plus désagréable du monde. Elle me prie de la débarrasser à tout prix d'un mal qui lui fait horreur, et qui lui laisse entrevoir un avenir affreux. Conséquent à ma première manière de voir, je ne crois pas devoir me charger de l'opération moi-même ; je l'adresse à mes confrères de Paris, laissant à ceux-ci le choix des moyens. Elle se remet entre les mains du professeur Dupuytren, qui se charge de la cure et qui préfère le caustique à l'instrument. Ce grand chirurgien fait, le 4 décembre 1826, l'application de la pâte arsenicale du frère Côme. Cette préparation était probablement affaiblie, car la pâte ne tomba que le 54e jour, tandis que celle de Côme se détache avec l'escarre le 4e jour. D'après les indications du procédé, un an s'était à peine écoulé que le cancer se reproduit. Il survient d'abord une croûte qui tombe, puis reparaît de nouveau pour tomber et reparaître encore, le mal finit par couvrir un espace double de celui qu'il occupait l'année d'au-

paravant. Le but de la malade n'était pas atteint. Elle désire une seconde application du caustique, et vient me solliciter de nouveau. Mais l'opération entreprise par un homme placé très-haut dans l'opinion, n'ayant produit qu'un soulagement passager, je ne puis me décider à mettre moi-même la main à l'œuvre, dans la crainte de faire moins bien encore et de compromettre l'art et surtout l'artiste. Un empirique était dans le pays, possesseur, disait-on, d'un remède infaillible contre les ulcères : il l'avait mis en usage contre un cancer du sein avec un succès que l'amour-propre faisait sonner très-haut. Cet homme est appelé; c'est un paysan modeste qui n'offre point son secret, mais qui le vend à ceux qui le lui demandent. Je laisse faire. Il applique son médicament en octobre 1828 : l'appareil tombe le 28e jour et met à découvert une cicatrice complétement organisée, semblable à la première, quant à l'aspect; ce qui indique l'identité de préparation. Mais dans cette dernière circonstance, l'arsenic fut employé sans doute à une dose plus forte que dans la précédente, car l'action du remède fut tout à la fois plus rapide, plus profonde et plus étendue. Le cancer toutefois n'était point détruit ; en effet, vers le milieu de la seconde année il se réveille, reprend une vie nouvelle, réunit ses membres épars et se reconstitue un corps beaucoup plus volumineux que le premier.

Le tubercule que nous avons dit avoir pris naissance immédiatement au-dessous du tendon du muscle orbiculaire des paupières du côté gauche, avait jusque-là pris son accroissement de haut en bas, envahissant l'aile gauche du nez dès son origine et partie de la joue du même côté ; mais dès ce moment il rebrousse chemin, prend un mouvement ascensionnel et rapide, et franchit la ligne médiane en rampant et en se contournant sur les os propres du nez. C'est dans cet état de choses que s'ouvre l'automne de 1835 ; cette saison exerce sur Mlle*** une influence plus délétère que toutes les autres, sans doute à cause de sa température irrégulière et froide. Le mal augmente dans tous ses sens ; la malade frappée de terreur vient réclamer une troisième application de caustique. Cette fois je cède à ses supplications ; sa figure avait un masque hideux : je ne demandais pas mieux que de l'arracher. Le 6 octobre est choisi pour l'opération. Des cataplasmes émollients sont appliqués quelques jours à l'avance pour faire tomber les croûtes qui donnent à la tumeur l'aspect tuberculeux du crapaud : à la place de ces croûtes, il s'est formé une couche mince d'une sorte de gomme assez consistante et qui recouvre les irrégularités de l'ulcère. Un vésicatoire est ajusté à la forme de cette espèce de cicatrice presque improvisée. Au bout de 8 heures, une pellicule est soulevée, mince comme de la baudruche. Cette pellicule détachée met à nu un fond traversé de fibres blanchâtres, dont trois sont grosses comme des tuyaux de plume de poule, et dont les autres sont beaucoup plus petites, mais toutes rayonnant au-delà de l'espace découvert, et présentant dans leurs interstices une sorte de gelée grisâtre peu consistante.

J'étends la pâte préparée d'après la formule de Dupuytren (n° XXVIII), sur toute la plaie avec une petite spatule de bois, et j'ai l'attention de faire la couche moins épaisse sur les os du nez, dans la crainte d'en intéresser la substance. Le tout est recouvert d'une toile d'araignée. Le caustique avait été appliqué à 5 heures du soir ; il occasionne bientôt une sensation de brûlure assez vive qui persiste toute la nuit, et prive la malade de sommeil ; le lendemain le nez et le tour des yeux sont gonflés ; il survient de la fièvre, une céphalalgie intense, de la soif ; mais le 8e jour tout est dissipé. Il s'établit d'abord un écoulement séreux fort abondant ; puis du 14e au 21e jour une suppuration louable. Le 28e, il n'y avait plus ni suppuration, ni suintement ; mais l'appareil est encore adhérent dans son entier. Il se détache ensuite par parcelles, en commençant par la partie inférieure de la plaie ; le 21 décembre tout est tombé. La cicatrice est lisse, polie, d'une couleur perlée un peu terne, avec une faible dépression sur les os du nez. Sans cette légère difformité, la figure de Mlle *** aurait repris toute sa régularité première.

Voilà certes un des beaux succès de la pâte arsenicale. Mais combien ce triomphe durera-t-il ? combien de temps le carcinome, mutilé qu'il est dans ses principales parties, va-t-il rester inactif? c'est ce que j'ignore. Il s'est reproduit au bout d'un an de la première application du caustique, au bout de près de deux ans après la seconde ; s'il suit la même progression, Mlle*** peut espérer de jouir pendant trois ans des agrémens de la société dont elle était obligée de se séquestrer. Et ce n'est pas un petit avantage qu'un répit de trois ans contre un mal de cette nature. Faut-il s'étonner que tant de malheureux courent après les empiriques lorsqu'ils se voient abandonnés de ceux dont la mission est de les secourir?

J'ai publié ce fait dans l'intention d'engager les hommes de l'art à se servir eux-mêmes du caustique arsenical, non-seulement dans les cancers externes, mais encore dans les cancers internes où son application est possible. Je les conjure de ne point laisser dans les mains des empiriques un topique précieux, auquel des médecins d'un grand savoir n'ont pas craint de donner l'épithète *d'admirable*, de *miraculeux*, de *divin* même. (Sorbait, Muller, G. Fabrice de Hilder, etc.)

Pour leur en rendre la pratique plus facile et surtout pour leur éviter des recherches fastidieuses et qui souvent seraient impossibles au plus grand nombre d'entre eux, j'ai recueilli dans un paragraphe spécial les principales formules de ce caustique puissant qui nous ont été transmises depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Il n'auront qu'à choisir dans la foule, car elles sont nombreuses.

§ III. *Propriétés singulières de l'arsenic. — Formules arsenicales employées pour la destruction du cancer extérieur, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.*

J'avais eu bien des fois l'occasion d'observer les effets de l'arsenic sur l'organisme animal ; et toujours

j'en avais admiré l'énergie singulière, soit pour la destruction, soit pour le salut de l'homme. Je l'avais employé avec un succès constant dans les affections intermittentes, où je ne pouvais administrer le quinquina, dans des maladies cutanées rebelles, la gale, etc. Mais dominé par l'autorité d'Hippocrate, et fondé sur l'aphorisme 38, VI, je ne l'avais point essayé dans le cancer. Je me bornais contre ce grand mal à une thérapeutique palliative. Cette méthode, qui ne compte ni revers ni succès, n'est point du goût de tous les malades. Il s'en trouve qui veulent une cure expéditive. Tel est le sujet de l'observation qui précède. Je savais que je ne tuerais pas Mlle*** en lui faisant l'application de la pâte arsenicale qu'elle demandait avec instance; mais n'avais-je pas des écueils à redouter? ne devais-je pas craindre d'attaquer l'œil, et de corroder les os du nez? L'arsenic, toutefois, et un de ces poisons plus faciles à manier qu'on ne le pense communément: son action est prompte, rapide, décisive; mais on peut aisément la fixer et la borner. Appliqué sur une partie vivante, il la détruit perpendiculairement à la manière d'un emporte-pièce; il agit en perforant sans étendre son action, comme le font les substances diffusibles ou qui se liquéfient. Administré tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, il a montré aux yeux d'un grand nombre de praticiens quelque chose de spécifique contre le cancer; mais cette propriété, qui serait bien précieuse, lui a été contestée par beaucoup d'observateurs. Il en a une autre qui n'est pas moins singulière que réelle, c'est que, tout en détruisant, il répare. Il jouit au plus haut degré de cette faculté incarnative que les anciennes théories reconnaissaient à certaines substances. C'est le cicatrisant par excellence des ulcères phagédéniques des nomes. Il n'agit pas seulement sur le point de son application, il est encore absorbé dans toute l'économie, et cette absorption s'opère avec une extrême promptitude; dans l'empoisonnement d'une fille jeune et robuste, que je fus chargé de constater de la part du ministère public, l'arsenic avait perforé l'estomac et produit presque instantanément sur toute la peau des taches livides et une multitude de phlyctènes. Il tue tous les insectes, guérit infailliblement la gale (1); il anéantit le principe contagieux de la peste si l'on en croit (2) (Mercuriali, *de peste*, XII, 25.); il empêche toute fermentation, etc.

Avant de faire l'application d'un minéral aussi puissant, j'ai desiré savoir comment mes prédécesseurs l'avaient employé; j'ai voulu connaître l'arme dont j'allais me servir. J'ai fait des recherches que je m'empresse de communiquer au public médical.

(1) C'est l'arcane d'un grand nombre d'empiriques contre cette maladie; mais il porte sur le scrotum une action irritante toute spéciale, quoiqu'on prenne le soin d'en empêcher l'application sur cette partie.

(2) On m'a assuré qu'un célèbre médecin de Marseille avait fait usage des pilules arsenicales dans le choléra de cette ville (1835), et que, muni de cet égide, il affrontait en sécurité les traits de l'épidémie.

L'usage de l'arsenic remonte, comme je l'ai déjà dit, à la plus haute antiquité. Les anciens l'employaient, non-seulement à l'extérieur, comme escarotique, dans les carcinomes et les ulcères esthiomènes, comme modificateur de la peau dans les pustules de mauvais caractère, la lèpre, la gale, etc., mais encore à l'extérieur comme altérant, dans les fièvres intermittentes, dans la phthisie, dans l'hémoptysie, etc.

Pour l'intelligence des formules qui vont suivre, nous devons avertir que les anciens se servaient de trois sortes d'arsenic: l'orpiment, la sandaraque et l'arsenic proprement dit (1). Tout le monde connaît l'orpiment et l'arsenic; quant à la *sandaraque*, dont le nom a été détourné pour l'appliquer à une résine, c'est une espèce d'arsenic de couleur rouge, ou rose, que du temps de Galien le commerce tirait du royaume de Pont, de la Cappadoce et de la Silicie, c'est le réalgar des chimistes à la renaissance, c'est le fulfure rouge d'arsenic des modernes.

Hippocrate appelle l'arsenic *arrhénicon* (ἄρρ ενίκὸν), à cause de sa grande puissance; et les hommes, dit Galien, qui se piquent d'un langage attique, ne lui donnent pas d'autre nom.

Ces préliminaires posés, passons aux formules.

N° I. *Karikon mou d'Hippocrate :* ellébore noir, sandaraque, squames (butitures) de cuivre, plomb brûlé, soufre, arsenic, cantharides. Mettez de chaque chose en proportion de l'effet que vous voulez obtenir, et servez-vous-en après avoir délayé le mélange avec de l'huile de cèdre, si vous préférez la forme sèche.

N° II. *Karikon sec, du même :* mêlez ensemble parties égales de sandaraque et d'ellébore.

Nota. Le *caricum,* dont le nom vient peut-être de ce que ce médicament était usité en Carie, s'employait dans les ulcères invétérés du pudendum, de la tête et des oreilles. (Hip., ulc. XI, 8. Lin. II, pag. 673.)

N° III. *Médicament corrosif* (ἰὸ σηπτικόν) : broyez séparément de l'ellébore noir, de la sandaraque et des squames de cuivre aa. P., E.; le tout réduit en poudre fine, mêlez à une partie de cette poudre le double de chaux, triturez avec de l'huile de cèdre pour l'appliquer. (Morb. mul. adject., p. 520.)

N° IV. *Autre* orpiment et chalcitis, ou nitre, ou chaux, ou papier brûlé, mêlés ensemble, probablement à parties égales. (Cels., de remed., l. V, c. 1.)

(1) Je ne sais sur quelles données Macquer (Dict. de chimie) a fondé une opinion contraire. Il prétend que les anciens ne connaissaient pas nos arsenics blanc, jaune et rouge, qui ne sont bien connus, dit-il, que depuis deux cents ans (1760). Encycl. méthod. med. anat. path., pag. 536.

On trouve dans les œuvres d'Arnaud de Villeneuve, et dans le même *alinéa*, deux formules contre le cancer, dont l'une contient de l'arsenic sans désignation, et l'autre de l'orpiment. (Arnaldi Villan., prat. med., part, II, pag. 132.) Arnaud vivait en 1300. Il est probable que c'est aux instances de Clément V qu'il a composé son *Pratica summaria.* Il est certain que les anciens connaissaient au moins l'orpiment et le réalgar, c'est-à-dire les arsenics jaune et rouge.

N° v. *Formule d'Iollas :* papier brûlé, sandaraque, aa. I; chaux et orpiment, aa II, mêlés. (Ibid.)

N° VI. *Caustique pour réprimer les chaires fongueuses et le cancer :* orpiment, squames de cuivre, aa I; sandaraque II; marbre cuit (chaux de marbre) IV. (Ibid.)

N° VII. *Composition de Timée contre le cancer :* myrrhe II; encens, vitriol vert, aa III; sandaraque, orpiment, squames de cuivre, aa IV; galle, VI; céruse brûlée, VIII. Ce mélange est employé, soit en poudre, soit amalgamé avec du miel. (Ibid. p. 249.)

Voilà les préparations arsenicales, transmises par Hippocrate et Celse. Galien est beaucoup plus riche; cet homme célèbre avait voyagé dans toutes les parties de la terre connues de son temps, pour y recueillir et les médicamens et les procédés mis en usage chez les différens peuples du monde.

Galien résume en lui seul toutes les doctrines de l'antiquité. Ses ouvrages sont un vaste répertoire où l'on trouve rassemblées toutes les prescriptions médicamenteuses de l'univers. Les seuls chapitres 13 et 14 du 5e livre de la composition des médicamens *per genera* contiennent 32 formules dans lesquelles l'arsenic est le principal ingrédient. Nous n'en citerons que cinq, renvoyant à l'original les amateurs qui voudraient en connaître un plus grand nombre.

N° VIII. *Aridùm exedens sine morsu :* sandaraque et arsenic, II; chaux vive et manne, aa IV; servez-vous-en après les avoir triturés.

N° IX. *Aliud, ut Harpocras, corrosif Harpocrate :* sandaraque, II; arsenic, IV; chaux vive, VIII. Triturez dans l'eau pendant 40 jours; formez-en des trochisques, faites sécher.

N° X. *Autre corrosif d'Harpocrate :* sandaraque, chrysocolle, arsenic, aa P., E. Voilà le fameux Harpocrate, ce caustique silencieux dont l'auteur fait tant de cas qu'il le répète en d'autres lieux (ibid. lib. IV, c. 8), et qui est modifié de vingt manières par vingt auteurs différens. La chrysocolle (le borax) aurait-elle la propriété de tempérer la violence de l'arsenic? Si cet escarotique était sans douleur, il mériterait bien d'être essayé.

N° XI. *Galeni siccum ad nomas* (caustique sec de Galien, pour les ulcères phagédéniques) : squames de cuivre, arsenic, papier brûlé, plomb brûlé, aa IV; soufre natif (qui n'a point été brûlé), V. Réduisez en poudre subtile.

Nota. Le papier brûlé sert à donner de la couleur.

N° XII. *Caustique odoriférant d'Antipater :* chrysocolle et arsenic, aa VI. On s'en sert sous forme sèche, et sous forme humide; dans ce dernier cas on y ajoute de l'huile de roses.

J'ai cru devoir borner ici la transcription des compositions qui nous sont venues des temps antiques; l'antiquité médicale finit à Galien. Les médecins du moyen âge et les Arabes n'ont fait que copier ce grand homme et ses prédécesseurs. Nous allons passer immédiatement au XIVe siècle.

Guy de Chauliac, qui ouvre ce siècle avec tant de gloire pour la chirurgie française, emploie l'arsenic sublimé dans l'esthiomène; c'est ainsi qu'il nomme la gangrène, traité II, doctrim. I, ch. 2, suppl., p. 112; dans les excroissances, ibid., ch. 4, p. 138; dans le chancre ulcéré de la face, dit *noli me tangere*, qu'il *occit et extirpe*, dit-il, du premier jour (t. IV, doct. I, ch. 6, p. 340, 344), etc. Sa dose est d'un demi-grain de froment; il l'applique rarement pur et simple, quelquefois détrempé dans du vin, dont il mouille de la charpie ou du coton; mais le plus souvent sous la forme suivante :

N° XIII. *Trochisques escarotiques de Guy de Chauliac :* arsenic sublimé; suc desséché d'opium, de morelle, ou de chaux, sans indication des proportions; mettez en poudre, et faites des trochisques pour l'usage; employez sur du coton mouillé avec de la salive. (Tr. VII, D. I, ch. 6, p. 679.)

Près de deux siècles plus tard, Guillemeau, chirurgien ordinaire du roi Charles IX et contemporain d'Ambroise Paré, donne quelques formules cathérétiques dont il vante la puissance. (OEuvres de G..., chap. du chancre des mamelles.)

La poudre de Fuchsius, *poudre bénite, poudre envoyée du ciel,* qui a valu à son auteur une immense fortune, et le titre de *guérisseur des cancers,* n'est autre que la poudre de *Craton.* A l'occasion de l'emploi de ce caustique, dont la réputation était encore répandue au temps de Lecat, et dont il fait l'éloge, cet illustre chirurgien parle d'un homme qu'il connaissait, qui saupoudrait les ulcères chancreux avec de la poudre d'Aristoloche, et qui les brûlait ensuite avec un miroir ardent. On en racontait, dit-il, des miracles. (Prix de l'ac. de ch., t. II, p. 44 et 45.) Cette poudre d'Aristoloche ne masquait-elle point le véritable caustique? La Bissière cite quatre exemples du succès de la *poudre bénite;* c'est donc par sa violence suprême, s'écrie l'auteur, que ce poison est devenu un remède souverain! (Ibid, t. VII, p. 197 et suiv.) Au reste, il donne un peu plus loin la préférence au fer rouge, et redoute l'empoisonnement par l'arsenic.

N° XIV. *Liniment de Valesco de Tarente :* orpiment réduit en poudre subtile, demi-once; sucs de Solanum, morelle et de Plantain, Q. S.; faites un liniment; imbibez-en l'extrémité d'un pinceau avec lequel vous toucherez les ulcères. Valesco assure avoir obtenu la guérison de plusieurs cancers du sein avec cette préparation.

N° XV. *Poudre de Rodericus à Castro :* arsenic et laitue sauvage, cueillie au mois de juin et desséchée, de chaque, partie égale; réduisez en poudre et conservez pour l'usage.

Manière de l'employer : préparer le malade par des saignées et des purgations; *entamer* légèrement le chancre, s'il n'est pas ouvert; mettre de cette poudre sur la partie *entamée;* recouvrir d'un papier brouillard, que l'on maintiendra par l'application de la main jusqu'à ce qu'il soit adhérent; laisser l'appareil trente jours durant sans toucher à l'ulcère. « Le malade ne sentira aucune » douleur du premier jour; mais au second, elle sera pe- » sante, et le troisième il n'y en aura aucune. Vers la » fin des trente jours, l'escarre sera ôtée avec la main

» petit à petit; et où elle ne ferait mine de tomber, elle » sera frottée avec un peu de beurre frais. L'escarre » étant tombée, si la chair ne se trouve belle et ver- » meille, mais si elle est noirâtre, il faudra derechef » mettre de la susdite poudre, et faire comme dessus, » continuer si longtemps que l'ulcère soit bien et ver- » meil. S'il se trouve quelques filamens blancs, lesquels » on estime être les racines du chancre, ils seront ôtés » et consommés par un digestif. Rodriguez fait grand cas » de son escarotique. »

Guillemeau termine son chapitre du chancre des mamelles par une troisième prescription qui diffère peu de la précédente; elle est de Craton, qui assure s'en être servi avec succès. (Oslenius, epist. Cratonis, lib. III, p. 414.)

N° XVI. *Poudre de Craton :* poudre de racine de serpentaire séchée à l'ombre, une once; arsenic non brillant (*non splendentis*), trois gros. Suie de cheminée, une petite quantité; mêlez les poudres et conservez-les dans une boîte. Gratter le cancer avec un couteau fait de canne de roseau, jusqu'à ce qu'il saigne; y répandre la poudre; couvrir le tout de plumasseaux de ouate mouillés de salive; annoncer au malade qu'il aura 24 heures de douleur, et que la partie enflera. Il en résulte une escarre qui tombe dans la huitaine. On panse ensuite l'ulcère comme une plaie simple.

Les poudres de *Pénot,* de *Muller,* de *Fédron,* de *Lanfranc,* du *moine Théodoric,* sont, au rapport de Fabrice de Hilden, des préparations où l'arsenic est en dose considérable. Fabrice a aussi son onguent arsénical; mais il préfère à toutes ces préparations le sublimé corrossif. (Recueil d'obs. chirurg. cent, VI, obs. 81, et XXXIII, pag. 41.)

La poudre Sorbait (med. pract., tract. II, parag. IV.) est la composition la plus concentrée de toutes celles que nous avons citées jusqu'ici. En effet, l'arsenic n'y est modifié que par lui-même. C'est de l'arsenic ajouté à de l'arsenic.

N° XVII. *Poudre de Sorbait :* arsenic cristallisé; orpiment, aa P. E.; pulvérisez. Mode d'application : chargez de cette poudre l'extrémité d'un pinceau préalablement mouillé avec de la salive; touchez-en l'ulcère ou la verrue; appliquez de la ouate par dessus. Ce médicament, que beaucoup appellent *divin, dit l'auteur,* détruit avec succès (*féliciter*) la partie sur laquelle il est appliqué. On doit au surplus, ajoute-t-il, être très-réservé sur l'emploi d'un tel caustique, dans la crainte qu'il ne produise une destruction trop étendue, notamment dans le vagin; ce dont on peut voir deux exemples dans Fallope; car le caustique était appliqué non-seulement aux cancers extérieurs, mais encore à ceux de l'utérus.

Une des préparations officinales dans lesquelles l'arsenic se trouve le plus adouci, est sans contredit *l'aimant arsenical* que l'on voyait autrefois dans toute les pharmacopées, et qui ne devrait être supprimé d'aucune. Il était d'un grand usage en temps de peste; il s'appliquait avec avantage sur les bubons, et se portait vulgairement en périapte, en peutacule, espèce d'amulettes. Voici le mode de préparation tiré de l'ancienne pharmacopée de Paris :

N° XVIII. *Aimant arsenical :* antimoine cru, arsenic cristallin pulvérisé, soufre jaune, aa P. É.; mêlez, mettez dans une cucurbite de verre; faites fondre à un B. S. doux, jusqu'en consistance de poix; retirez du feu; laissez refroidir. Il se forme une masse d'un rouge obscur. C'est un caustique doux. Un médicament qui a certainement avec l'aimant arsenical le plus grand rapport, est la poudre d'Aillot, médecin du duc de Lorraine. Mais cette poudre n'est elle-même autre chose que du réalgar, autrefois corrigé par Van-Helmont, préparation dont Geoffroy donne le procédé dans sa matière médicale.

N° XIX. *Eau cathérétique de Kintkius:* arsénic, ℈ ij; alun, ʒ ij; eau de plantain, ℔ j; faites bouillir l'un et l'autre dans l'eau de plantain pendant une heure; filtrez; usage spécial; ulcères et excroissances des gencives. C'est le corrosif liquide de Juncker.

N° XX. *Onguent caustique de Nannoni :* arsenic finement pulverisé, gr. XXXVJ; mêlez très-exactement avec onguent camphré ʒiij. (Prix de l'Acad. ch., tom. V. p. 98.)

N° XXI. *Trochisques d'arsenic du même :* fleurs de farine, ʒ x; arsenic, ℈ j; opium, ℈ ij; liez avec de l'eau de plantain. (Ibid. p. 102.)

N° XXII. *Poudre du frère Côme :* cinabre, ʒ ij; cendres de semelles, gr. viij; sang dragon, gr. xij; arsenic blanc, gr. XLVIIJ; mêlez, faites une poudre subtile. On imbibe cette poudre avec un peu d'eau, et on l'étend avec un pinceau sur l'ulcère cancéreux; on recouvre le tout d'un linge fin, ou de charpie rapée; l'escarre tombe au bout de 3 à 4 jours, laissant une plaie d'un bon aspect.

La poudre de cuir brûlé n'est point comme on l'a prétendu un hors-d'œuvre dans cette composition; c'est dans les Indes-Orientales un antidote vanté contre l'arsenic. Elle doit être conservée comme correctif.

Ce remède avait une grande célébrité; mais il était secret. Le frère Côme l'a dit-on payé 3,000 francs au propriétaire qui était chirurgien. Ses élèves, Bernard et Baseilhac, l'ont rendu public.

N° XXIII. *Variante du professeur Boyer :* cinabre, ʒj; cendres de semelles, gr. viij; arsenic blanc, gr. vj; mêlez, faites une poudre fine. Nous renvoyons pour le procédé d'application au traité des maladies chirurgicales de cet homme habile et prudent; on y lira avec intérêt une instruction fort étendue et très-sage sur les précautions à prendre dans l'emploi de cette préparation (t. VI, p. 309 et suiv.).

N° XXIV. *Poudre de Rousselot :* sulfure rouge de mercure, ou cinabre, ℥j; résine de sang-dragon ʒ iv; oxide d'arsenic, XXXVJ, ou selon d'autres XLVIIJ; mêlez et réduisez en poudre fine. Prenez de cette poudre une Q. S. pour couvrir l'ulcère; humectez-le avec un peu d'eau gommée, pour en former une pâte que vous étendrez sur l'ulcère; recouvrez d'une toile d'araignée, ou bien répandez tout simplement la poudre sur l'ulcère, et recouvrez de la même manière. Il est probable que Rousselot ou Rousselet est un nom de fantaisie donné à la préparation du frère, dont quelques chirurgiens enlevèrent la poudre de semelles comme inerte, et qui

par cette soustraction prit une couleur plus rouge.

Cette prescription, qui porte aussi le nom de *poudre de Patrix*, a été diversement modifiée par le professeur Dubois :

	1re *variante :*	2e *variante :*	3e *variante :*
Acide arsénieux	demi-gros,	un gros,	2 parties.
Sulfur. roug. de merc.	demi-once,	deux onces,	16
Sang-dragon.	une once,	une once,	16

Mode d'application : on en met deux lignes d'épaisseur sur l'ulcère, que l'on recouvre d'une toile d'araignée. Séparation de l'escarre de 12 à 42 jours.

N° XXV. *Remède anti-cancéreux de Plunket :*

	Formule.	de Swédiawz :
Feuilles et tiges de petite douve (ranun culus flammula) :	deux pincées,	deux onces ;
De maroute (anthemis cotula) :	une pincée,	une once.
Soufre purifié,	un gros,	un gros.
Arsenic blanc,	deux gros,	deux gros.

Réduisez toutes ces substances en poudre très-fine : on mêle une partie de cette poudre avec un peu de blanc d'œuf pour en faire une pâte. On applique cette pâte sur le cancer que l'on a intention de détruire ; on la recouvre d'un morceau de vessie, enduit de blanc d'œuf ; on laisse le tout appliqué de 24 à 48 heures. On panse l'escarre avec un digestif doux. Le remède de la famille Plunket, d'Irlande jouit encore d'une très-grande vogue en Angleterre, où il est distribué par ceux qui l'ont acheté de cette famille. Il a été rendu public vers 1784, et imprimé en 1787, dans l'introduction à la pratique de la médecine, par Macbride. (II, vol. trad. de Petit-Radel.)

N° XXVI. *Poudre de Justamond :* sulfure d'antimoine, ℥j ; oxide blanc d'arsenic, ʒiv ; faites fondre dans un creuset ; quand la masse est refroidie, pulvérisez-la, et mêlez-y : extrait sec d'opium, deux gros et demi.

On en saupoudre les ulcères. Cette composition a de l'analogie avec l'aimant arsenical.

N° XXVII. *Remède d'Hellmand contre le cancer :* pâte arsenicale de Côme, un gros ; céruse, un demi-gros ; extrait de ciguë, extrait muqueux d'opium, vingt-quatre grains de chaque ; cérat, une once. Mêlez. Cette préparation achetée et publiée par le gouvernement prussien en 1825, est beaucoup plus douce que la pâte de Côme : mais certainement elle doit être bien moins efficace. Elle conviendra mieux dans les ulcères superficiels, les dartres rongeantes et croûteuses ; elle peut être employée dans les organes profonds. (Nouv. Bibliot. méd. 1825, iv, p. 257.)

N° XXVIII. *Poudre arsenicale de Dupuytren :* acide arsénieux, 4 6, 12 parties ; calomel, 96.

N° XXIX. *Pâte arsenicale du même :* eau distillée, une once, gomme en poudre, deux onces ; calomel, une once ; acide arsénieux, une once vingt grains. Mêler exactement dans un mortier de verre ; appliquer d'abord sur le mal un vésicatoire ; le vésicatoire étant levé, étendre la pâte, de l'épaisseur d'une à deux lignes suivant la profondeur des parties à corroder ; couvrir le tout d'une toile d'araignée. Cette dose est le *maximum* employé ; la plus ordinaire est de 6 à 12 parties sur 100. Pour moi, j'affirme qu'on ne peut sans inconvénient passer ce *maximum*, et que les doses inférieures sont trop faibles en général. La pâte de Dupuytren est à peu près de la même force que celle du frère Côme, mais elle est plus facile à employer.

Le prescriptions que nous venons de passer en revue, contiennent l'arsenic à des doses graduées sur une échelle très-étendue, puisqu'elle commence à 1° et finit à 33°. Les praticiens adopteront dans ce nombre celles qu'ils jugeront les mieux appropriées à leur but, ou bien ils en formuleront d'autres à leur guise.

(*La suite au prochain numéro.*)

Notice sur l'emploi du vin de colchique contre les affections rhumatismales et goutteuses ; par le docteur CHAILLY.

(Imprimée par décision de la Société de Médecine.)

Depuis quelques années, en Allemagne, plusieurs substances végétales ont été employées par des médecins de manière à constater la réalité de leurs propriétés et de leur efficacité dans les maladies, et à déterminer les doses où leur action est le plus énergique ; chacune de ces substances a été employée isolément, administrée en quantité presque incroyable et il est résulté de ces essais des conséquences avantageuses pour la thérapeutique. On peut lire dans l'ancien recueil des travaux de la société de médecine du département, cahier de novembre 1800, p. 109, que le docteur Hasremann, si célèbre aujourd'hui par ses doses infiniment petites, est le premier qui ait administré les substances végétales, réputées vénéneuses, à de très-fortes doses ; que, par exemple, il faisait prendre à ses malades, affectés de dartres, une once d'extrait de rus-radicans par jour. Plus récemment, on a pu voir dans un des cahiers de la *Revue médicale* (1834) qu'il était question du colchique d'automne, et qu'on y vantait les bons effets d'un vin préparé avec la semence de cette plante contre les rhumatismes aigus. Retenus par une louable prudence, vous avez sans doute attendu que le temps vienne confirmer des faits qu'on pouvait croire exagérés. Cependant, il s'est rencontré un médecin assez confiant dans la bonne foi germanique pour ne pas craindre d'imiter leur exemple.

Ce confrère, étranger à la société de médecine, saignait depuis deux jours un malade affecté de rhumatisme aigu des articulations, quand, rentrant chez lui le soir, il y trouva le numéro de la *Revue médicale* dont je viens de parler ; il y lut les éloges donnés au vin de colchique. Comme il n'avait pas lieu d'être content de l'effet de

plusieurs saignées qu'il avait faites à son malade depuis deux jours, il prit la résolution de lui administrer ce remède. Voici comment ce vin est préparé. On met macérer pendant quatre jours une partie de graine choisie de colchique dans dix parties de vin de Malaga. On filtre ensuite la liqueur. Ce vin, préparé par M. Boullay, fut administré au malade à la dose d'une once trois fois par jour. Après la troisième dose, dans la nuit, il y eut des évacuations abondantes. Dès le lendemain, les douleurs articulaires avaient presque entièrement cessé et le malade entra en convalescence. Le succès ne pouvait être ni plus prompt ni plus complet; il m'en fut rendu compte par le médecin qui l'avait obtenu. Pensant que je pourrais être aussi heureux, dans pareil cas, qu'il l'avait été, je n'attendis plus que l'occasion. Elle se présenta bientôt, mais non pas telle que je l'aurais désirée.

Je fus appelé pour me rendre dans la rue Marie-Stuart, auprès d'un commissionnaire logé dans un garni. Cet homme était pris depuis quatre jours d'un rhumatisme articulaire aigu. Le gonflement des articulations était considérable surtout au genou gauche, les douleurs étaient très-vives et la fièvre très-forte. Les circonstances, au milieu desquelles ce malade était situé, devaient plutôt aggraver le mal que concourir au succès du traitement. La chambre était froide, humide et mal éclairée; le lit.... Mais quel est le médecin qui ne connaisse ces sortes de grabats! Et auprès du malade personne pour exécuter les prescriptions, si ce n'est la maîtresse du garni. Cette femme était très-secourable, mais ses affaires l'occupaient souvent loin du malade. Sans doute que ce qu'il y avait de mieux à faire c'eût été de le faire transporter de suite dans un hospice. Il n'en fut pas question. Je crus que la simplicité du traitement par le vin de colchique pouvait se concilier avec les inconvéniens dont il vient d'être parlé, et j'en prescrivis l'usage. Des évacuations eurent lieu dans la nuit après la troisième dose, et, le lendemain matin, le malade se trouva tellement soulagé qu'il se crut guéri. Il se leva et s'habilla dès le matin. Je le trouvai debout à ma première visite, il était déjà très-fatigué. Il consentit facilement à se remettre au lit, mais il était déjà trop tard. La fièvre s'alluma de nouveau et les douleurs revinrent avec une extrême violence. Le trouvant, le lendemain, aussi malade qu'il l'avait été avant ma première visite, je donnai le conseil de le transporter dans un hospice, ce qui eut lieu le jour même. J'ignore quelle a été pour cet homme la suite de son imprudence. Cet événement dut me contrarier, mais je ne pouvais y voir rien qu'il fût possible d'attribuer au vin de colchique. Je n'en restai donc pas moins disposé à employer ce remède de nouveau. Mais les affections rhumatismales aiguës ne sont pas très-communes; dans le cours de ma longue pratique je n'en avais rencontré que quelques cas, et, depuis le dernier dont il vient d'être question, il ne s'en est plus présenté. Qui peut le plus peut le moins; or, un remède efficace dans une affection universelle doit l'être dans la même affection bornée à une seule partie. Celles-ci sont loin d'être rares, aussi ai-je eu l'occasion d'en traiter un assez grand nombre.

Une dame, épouse d'un marchand, habitant un rez-de-chaussée humide, y avait contracté en couches des douleurs vagues qui affectaient d'abord les membres et qui, plus tard se transportèrent sur l'estomac. Elle devint sujette à des gastrodinies violentes, accompagnées de vomissement. Les attaques avaient lieu d'abord à des intervalles assez éloignés et furent ensuite toujours en se rapprochant. Le médecin qui traitait habituellement cette dame s'étant absenté, je fus appelé plusieurs fois pour lui donner mes soins. Le vomissement fut arrêté chaque fois par la potion de Rivière; des affusions d'éther sur la région précordiale et une forte révulsion fut tentée au moyen de cataplasmes sinapisés appliqués sur les jambes. Les douleurs fortes ne duraient ordinairement pas plus de douze heures et elles allaient ensuite en se dissipant de manière que, vers le quatrième jour, la malade se trouvait à peu près dans son état habituel. Il est inutile de dire que, dans l'intervalle des attaques, elle était soumise à un régime doux et sévère, précaution qui paraissait sans influence sur le retour des accès. Je crus devoir plus compter sur le vin de colchique que sur le régime, et je ne me trompai pas. La malade en prit trois doses d'une once par jour, et elle le continua avec persévérance jusqu'à ce qu'il agît comme purgatif, ce qui n'eut lieu que le cinquième jour après la troisième dose. C'est le seul exemple que j'aie rencontré où cet effet se soit fait attendre aussi longtemps. J'invitai cette dame à se relâcher de son régime. Depuis ce traitement, elle n'a éprouvé que de légères atteintes de ses anciennes douleurs d'estomac, et son état général s'est insensiblement amélioré. Un autre cas, qui a quelque ressemblance avec celui-ci, s'est présenté presque en même temps.

Madame M...., épouse d'un débitant de tabac, était affectée depuis longtemps d'une gastrite chronique. Un régime extrêmement sévère, des applications de sangsues et, dans la saison chaude, l'usage de l'eau de Seltz, modifiaient passagèrement cette affection. Mais plusieurs fois dans l'année, et surtout au printemps et à l'automne, des attaques nocturnes de gastrodinie venaient détruire ce mieux obtenu avec tant de peine et laissaient après elles l'estomac plus sensible et supportant les alimens avec plus de difficulté. J'ai fait prendre à cette dame le vin de colchique. L'effet purgatif a eu lieu promptement et depuis elle n'a plus éprouvé d'attaque violente. Seulement, sur la fin de l'automne dernier, elle eut une légère atteinte, mais trop peu importante pour me déterminer à réitérer le traitement. Après cette attaque, comme après les précédentes, l'estomac resta sensible mais à un moindre degré. Aujourd'hui madame M.... est dans un état de santé satisfaisant, quoiqu'elle ne soit plus soumise à un régime aussi sévère que celui qu'elle avait observé précédemment.

Ces premiers essais datent d'environ dix-huit mois. Depuis, toutes les fois qu'il s'est présenté des affections rhumatismales aiguës ou chroniques d'une certaine gravité, j'ai recours au même moyen. J'ai traité de la sorte des pleurodinies, des péritonites, en un mot toutes les

affections que les signes actuels ou commémoratifs pouvaient signaler comme rhumatismales ou goutteuses. Chez toutes les personnes soumises à ce traitement, il y a eu d'abondantes évacuations par bas, stercorales d'abord, puis séreuses et plus ou moins colorées en jaune. Trois de ces personnes ont eu des superpurgations; deux avaient mangé de la soupe à l'oseille en même temps qu'elles prenaient le vin de colchique, et une prit une dose de ce vin après un dîner trop copieux et lorsque déjà les évacuations avaient commencé. Aucune cependant n'éprouva d'amélioration avant l'effet purgatif, pas même celle qui en avait pris treize doses en cinq jours. Pendant son usage, toutes, sans exception, ont ressenti dans la région épigastrique un peu plus ou moins de malaise, et ce sentiment indéfinissable s'est dissipé dans l'espace de deux à quatre jours. La cessation des douleurs a eu lieu dans la plupart des cas immédiatement après les évacuations, et, dans un petit nombre de cas, il n'y a eu qu'une diminution des douleurs. Une personne, traitée pour une gastrodinie a été reprise depuis de douleur dans une épaule; une autre, soulagée d'une péritonite chronique, a perdu depuis les avantages qu'elle avait obtenus du traitement. Enfin, chez les trois personnes qui ont éprouvé des superpurgations, les évacuations ont été arrêtées très-promptement au moyen de lavemens de décoction de têtes de pavôts, et, quant à celles que le malaise de l'épigastre fatiguait, elles en étaient plus promptement délivrées en prenant quelques verres d'eau gazeuse. Je n'ai pas mis au nombre des effets produits par le vin de colchique, une syncope peu grave qui a eu lieu chez un sujet épuisé par de longues souffrances : tout autre purgatif aurait pu causer un semblable accident. Voici l'histoire de ce malade.

M. R..., graveur, demeurant rue des Noyers, avait été traité, dans le printemps de l'année dernière, d'un rhumatisme aigu des articulations. Son mal était devenu chronique. Il n'éprouvait plus les mêmes douleurs dans les jointures que dans le commencement, mais celles qu'il ressentait encore lui rendaient très-pénibles les divers mouvemens qu'il voulait exécuter. Il souffrait surtout particulièrement dans le trajet du nerf sciatique du côté droit. En outre, il ne pouvait faire quelques pas sans être très-oppressé. Je le vis pour la première fois dans le courant du mois de juin. Comme il s'adressait à moi en désespoir de cause, qu'il avait épuisé tous les moyens en usage en pareil cas, je l'invitai à prendre le vin de colchique. Il fut convenu qu'il me ferait appeler aussitôt que l'effet purgatif aurait lieu: il n'en fit rien, et je fus dix jours sans avoir de ses nouvelles. Au bout de ce temps, il vint me trouver, et j'appris de lui qu'il avait éprouvé une syncope pendant la purgation; que, depuis, ses douleurs des articulations avaient considérablement diminué; qu'il était beaucoup moins oppressé, mais que la douleur sciatique, quoiqu'un peu moins forte, l'importunait encore beaucoup. C'eût été le cas de réitérer l'administration du vin de colchique; cependant je crus devoir l'ajourner jusqu'à ce que les chaleurs de l'atmosphère fussent moins fortes et que le sujet, chez lequel l'appétit devenait chaque jour un peu plus vif, eût repris des forces. M. R... passa l'été mieux qu'il ne l'espérait. La douleur sciatique diminua peu à peu; l'état général devenant chaque jour meilleur, il put reprendre ses travaux habituels et se livrer avec modération à l'exercice de la marche. Mais à la fin du mois de septembre la douleur sciatique parut prendre un nouveau degré de force et le malade manifesta le désir de revenir au vin de colchique. Il en commença l'usage, mais cette fois les évacuations ne furent pas accompagnées de syncope. La douleur sciatique reprit aussitôt sa marche rétrograde et finit par se dissiper complétement. L'hiver s'est bien passé, et aujourd'hui M. R... est complétement rétabli. Il me reste à rapporter l'histoire d'un des trois malades qui ont eu des superpurgations.

M. D..., conseiller à la cour royale, âgé d'environ soixante-trois ans, avait été sujet à des douleurs rhumatismales vagues, lorsqu'il fut frappé, il y a deux ans, d'une apoplexie légère avec difficulté dans la prononciation et faiblesse dans les membres inférieurs. Au bout de quelque temps la parole devint plus libre, mais la faiblesse des jambes restait à peu près la même en sorte qu'il ne pouvait sortir qu'étant appuyé sur le bras de son domestique. En général, il y avait une diminution sensible dans l'énergie de toutes les fonctions. L'appétit était presque nul, les digestions difficiles, et malgré les lavemens et les pilules aloétiques, les évacuations alvines étaient rares. A l'entrée de l'automne dernier, la dépravation des fonctions digestives parut augmenter rapidement, et, en même temps, le ventre devint chaque jour de plus en plus volumineux. M. D... me fit appeler. J'explorai l'abdomen et je reconnus qu'il contenait plusieurs pintes de liquide. La pensée de combattre cette affection par le vin de colchique me vint à l'instant. Les effets du vinaigre préparé avec cette plante contre les hydropisies sont très-réels, et à ne considérer le vin de colchique que comme purgatif drastique, c'était encore un remède convenable pour le cas qui se présentait. M. D... consentit à se soumettre à ce mode de traitement. Il le commença donc et en prit trois doses d'une once dans le jour. Entre la seconde et la troisième, il fit un dîner un peu trop copieux. Les évacuations commencèrent aussitôt qu'il fut sorti de table, et, contrairement aux instructions que je lui avais données, il n'en prit pas moins la troisième dose. Cette imprudence donna lieu à une superpurgation. J'ordonnai un lavement de têtes de pavots et les évacuations furent arrêtées. Le malaise ordinaire, et dont j'ai parlé, eut lieu; l'eau de Seltz en abrégea la durée. Voici quelles ont été les conséquences de ce traitement. Le ventre ne contenait plus de liquide; l'appétit prit un peu de vivacité, les selles se régularisèrent, furent plus faciles et les forces locomotrices éprouvèrent un degré sensible d'accroissement. Ce mieux s'est soutenu pendant l'hiver et dure encore aujourd'hui.

Il me reste maintenant à répondre à quelques questions qui m'ont été faites ou qu'on pourrait me faire. Et d'abord, un de nos confrères m'a demandé si j'étais

bien sûr d'avoir administré du vin réellement préparé avec la graine de colchique. Oui, j'en suis sûr, parce que je ne pouvais en douter sans mettre en question les connaissances et la bonne foi du pharmacien chez lequel le remède a toujours été pris; et j'avoue que, quant à moi, je ne saurais distinguer cette graine de tout autre qui serait à peu près semblable. Ensuite l'administration du vin de colchique peut-elle seule tenir lieu de tout autre moyen? Je ne le pense pas; je crois au contraire que, dans les cas indiqués par la saine thérapeutique, des saignées générales ou locales seraient de précédens nécessaires. Enfin, ce remède, si efficace depuis deux ans, continuera-t-il de l'être? Ce qui est arrivé pour d'autres substances doit faire penser qu'il aura le même sort. On sait qu'il y a quelques années la poudre de Belladone guérissait la coqueluche et qu'elle ne produit plus aujourd'hui le même effet. Les propriétés des remèdes ne changent probablement pas, mais la disposition du corps humain et les circonstances atmosphériques varient sans cesse; et c'est là, pour le dire en passant, ce qui fait la fortune et cause la ruine de tous les systèmes exclusifs.

Observation de diaphragmatie chez une femme enceinte; accès convulsifs, suivis de la mort du fœtus dont l'expulsion a nécessité l'emploi du seigle ergoté; par le docteur Fauverge.

(Imprimée par décision de la Société de médecine.)

Le 5 janvier dernier je fus appelé en toute hâte auprès de madame Pierre, demeurant rue Gaillon, n° 21, malade depuis quelques jours et enceinte de six mois et demi de son troisième enfant. Je la trouvai dans un état convulsif général, la mâchoire fortement contractée, la langue embarrassée, pouvant à peine articuler quelques mots intelligibles, (les muscles de la face, en mouvement, lui imprimaient un rire sardonique, la respiration hâletante) les pieds et les avant-bras dans une rétraction violente et très-douloureuse; la fréquence du pouls était telle qu'il me fut impossible d'en compter les pulsations. J'ouvris sur-le-champ la veine du bras et ce ne fut pas sans peine qu'aidé du mari de la malade, je parvins à l'étendre pour y placer la ligature. Le jet en fut si rapide qu'en un instant j'obtins une saignée des plus copieuses. Le sang se caillota de suite et se couvrit d'une couenne épaisse, blanchâtre, d'une grande densité.

Le calme suivit de près la saignée; néanmoins la veine fut rouverte au bout de quelques heures et le sang présenta de nouveau les mêmes phénomènes. La langue était dans l'état le plus normal, quoique la soif fût intense. Une tisane de chiendent, légèrement nitrée avec le sirop de gomme, des lavemens et une diète absolue furent prescrits.

Le lendemain, la malade était dans un état plus rassurant; cependant le pouls battait encore quatre-vingt-dix pulsations par minute, une oppression assez vive s'étendait en irradiant de l'épigastre au dos en suivant le bord des côtes; les pieds et les poignets étaient dans un état de crampe presque continuel. Dix sangsues furent appliquées le long des bords des côtes de chaque côté, ainsi qu'un sinapisme sur le sternum; un large cataplasme devait couvrir le devant de la poitrine et l'estomac.

Le 11 suivant, à l'exception du spasme qui se faisait parfois sentir aux pieds et aux mains, d'un peu de fréquence dans le pouls et d'une gêne dans la respiration, la maladie paraissait toucher à son terme; Mᵉ. se trouvait si bien qu'elle parlait de se lever bientôt et de prendre quelque aliment. Mais alors, malgré ma défense expresse, s'étant permis de manger une soupe et de boire un peu de vin sucré par dessus, toute la série des symptômes morbides, décrits plus haut, ayant reparu avec la même violence, il fallut avoir recours aux mêmes moyens, c'est-à-dire, aux émissions sanguines que je localisai avec prudence, autant que possible, par les sangsues et les ventouses, vu la faiblesse et l'état de grossesse. Je dois faire remarquer ici qu'une fois les accidens calmés, ce qui eut lieu après quelques visites, je ne voyais la malade que lorsqu'on me faisait appeler; aussi, soit par les écarts dans le régime auxquels la malade se laissait facilement entraîner vu son entourage, soit qu'il ne fallût point de relâche pour combattre cette inflammation profonde, les attaques devinrent si fréquentes et d'une violence telle que cette malheureuse demandait la mort comme la fin de ses douleurs.

Je remarquai aussi que toutes les fois que les antispasmodiques ou les opiacés lui étaient donnés par des pharmaciens, consultés en mon absence ou dans des cas pressans, loin d'amener du calme, ils provoquaient toujours une surexcitation fâcheuse.

Les parens et le mari de la malade, pensant que cet état dépendait de sa grossesse et craignant qu'elle ne succombât avant d'arriver à son terme, éloigné encore de deux grands mois, me prièrent avec instance de la faire avorter; mais, convaincu que la gestation était entièrement étrangère aux désordres qu'elle éprouvait, je combattis leur demande, leur faisant entendre que les saignées auxquelles il fallait, pour sauver la mère, se livrer sans réserve, devaient probablement amener la mort du fœtus, quoique jusqu'alors sa viabilité n'eût nullement souffert.

Ma prévision ne fut pas longtemps à s'accomplir. Une attaque des plus horribles que j'aie vue dans ma longue pratique, eut lieu le lendemain 18, onzième jour de la maladie. Les extrémités fortement contournées, en supination, la respiration râleuse, suffocante, un mouvement ondulatoire accéléré de la région épigastrique à l'hypogastre, les jugulaires saillantes, l'œil fixe, la face violacée, grimaçant, le pouls battant avec force et sans mesure, une soif des plus vives en formaient le tableau.

Pendant que j'ouvrais la veine du bras, des aspersions d'eau froide étaient faites sans relâche sur la figure et la poitrine, des morceaux de glace, que la malade suçait avec avidité, lui étaient mis dans la bouche,

et je fis prier notre estimable confrère M. Gariel, demeurant tout près, de venir le plutôt possible afin que si elle venait à succomber dans cette crise, il m'aidât immédiatement après à faire l'opération césarienne pour tâcher de sauver l'enfant ; mais à son arrivée, quoique les jours de la malade fussent en grand péril, nous pûmes néanmoins concevoir quelques espérances contre une fin prochaine à laquelle je m'étais attendu.

Le volumineux caillot, produit de la saignée, recouvert comme les précédens d'une couenne blanche, épaisse de plusieurs lignes, n'était qu'une masse presque toute fibrineuse qui nous permit de le retourner dans tous les sens sans que rien ne s'en détachât.

Au bout de quelques heures, le pouls étant encore élevé et la respiration laborieuse, la veine fut ouverte, puis une série de ventouses fut appliquée au creux de l'estomac et aux côtés de la poitrine ; les pieds et les mains furent enveloppés de cataplasmes opiacés, la glace continuée dans la bouche et une eau de gruau adoucie avec le sirop d'orgeat, fut prescrite.

Le lendemain, je trouvai la malade dans un état satisfaisant ; tout était graduellement rentré dans le calme ordinaire, sans cependant qu'elle fût hors de tout danger; mais dans cette lutte violente, qu'elle avait surmontée, l'enfant périt. L'absence de ses mouvemens, le ballottement du corps de la matrice à droite ou à gauche, toutes les fois que la malade se tournait dans l'un ou l'autre sens, la fièvre de lait, marquée par le gonflement des mamelles et la sueur dont elle avait été privée jusqu'alors, puis les lochies, quoique presque nulles, en furent l'indication positive. La faiblessse extrême de la malade m'empêchant pour l'instant de tenter la délivrance, ce ne fut qu'au bout de six jours, dix-septième de la maladie, que Mc.. accoucha d'un enfant mort du sexe féminin, au moyen de vingt-quatre grains de seigle ergoté, pris en deux doses, et après quelques heures seulement d'un travail modéré. A cette époque, la maladie était à son terme ; seulement l'inspiration était souvent suivie de toux sèche et d'une douleur transversale au creux de l'estomac, et au dos ; mais l'application de quelques ventouses, puis d'un vésicatoire volant sur la poitrine joints à un régime sévère, scrupuleusement observé pendant près d'un mois, l'ont entièrement dissipé. La malade, aujourd'hui, est parfaitement rétablie.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

MAI 1836.

Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas. (Mémoire couronné par la Société médicale d'Emulation de Paris), par J. T. Mondière, D. M. P., membre de plusieurs Sociétés savantes, médecin-adjoint de l'hôpital de Loudun (Vienne) (1).

Quo minus nota eò magis exploranda sunt.
(Fernel.)

Parmi les organes renfermés dans la cavité abdominale, le pancréas seul semble jusqu'à présent avoir échappé aux recherches des médecins anatomistes, et même de nos jours, où l'anatomie pathologique est cultivée avec tant d'ardeur, c'est à peine si l'on trouve quelques documens sur les altérations de cette glande dans les nombreux ouvrages publiés depuis le commencement de notre siècle. Il faut cependant en excepter l'ouvrage de Prost qui, dans les nombreuses ouvertures de cadavres qu'il a décrites, a toujours eu le soin de noter son état sain ou morbide. Si l'exemple de ce médecin laborieux eût été suivi, nous posséderions aujourd'hui plus de matériaux sur tout ce qui se rapporte aux altérations de cet organe, et son histoire pathologique présenterait alors moins de lacunes. Mais à cette cause, déjà assez grande, qui s'oppose à ce que la pathologie de cette glande soit plus connue, il en faut joindre une autre beaucoup plus puissante que nous allons indiquer.

Lorsqu'un organe est chargé de fonctions importantes et plus ou moins indispensables au maintien de cette harmonie de phénomènes qui constitue la santé et entretient la vie, lorsque la moindre modification organique qui lui arrive développe de nombreuses et d'actives sympathies, lorsque sa position et son isolement permettent au toucher de reconnaître promptement les changemens qu'il peut subir dans ses diverses conditions physiques, il est toujours facile alors de reconnaître dès le principe ses affections : celles-ci se traduisent au dehors par des signes que l'expérience a confirmés tant de fois qu'il est impossible de les confondre avec celles d'un autre viscère. Mais lorsqu'un organe est profondément situé, doué d'une force sympathique très-restreinte, entouré d'organes plus importans, lorsque ses dégénérations les plus profondes n'entraînent point, ou que très-rarement, la mort d'une manière immédiate ; lorsqu'enfin en scrutant les cadavres, on ne le trouve presque jamais seul malade, il est toujours difficile alors, nous ne dirons pas de reconnaître ses affections pendant la vie, mais encore de rapporter à ses lésions, après la mort, ceux des phénomènes qu'on a observés et qui leur appartiennent réellement. Tel est le *pancréas*.

Toutefois ici encore, comme pour les affections d'un organe dont nous nous sommes occupés dans une suite de mémoires (1), les faits, bien que publiés en petit nombre, ne sont pas tellement rares qu'on ne puisse dès à présent, en les rassemblant et les coordonnant, espérer de jeter quelque lumière sur les maladies du pancréas. C'est ce que nous allons essayer de prouver par le rapprochement d'un certain nombre d'observations bien faites que nos recherches nous ont fait connaître. Sans doute, et nous sommes loin de nous le dissimuler, notre travail devra nécessairement offrir beaucoup de

(1) Bien qu'il soit loin de notre intention de vouloir faire peser sur qui que ce soit des soupçons injurieux, nous croyons cependant qu'il est de notre devoir de déclarer ici que le manuscrit que nous avions envoyé à la Société médicale d'Emulation, s'est trouvé perdu. Obligé de faire une nouvelle copie, nous avons profité de cette circonstance pour utiliser les faits dont la science s'est enrichie depuis le moment (décembre 1833) où nous avons terminé notre travail. Nous ajouterons que nos premières recherches sur les maladies du pancréas remontent à 1830, comme pourraient l'attester M. Raige-Delorme et notre savant ami M. Dezeimeris. Cette explication nous a paru indispensable ; et parce que notre mémoire a disparu des archives de la Société savante qui l'a couronné, et parce que, depuis 1834, deux travaux sur le même sujet ont été publiés en Angleterre. Par là nous serons en droit de revendiquer la priorité, dans le cas où notre travail renfermerait réellement quelque chose d'utile et d'important pour la science.

(1) *Voyez* ce que nous avons publié sur les maladies de l'œsophage ; dans les *Archives générales de Médecine*, 1re série, T. XXIV, p. 388 et 543 ; T. XXV p. 358 ; T. XXVII, p. 494 ; T. XXX, p. 181 ; 2e série, T. I, p. 466, et T. II, p. 504.

lacunes; mais n'aurait-il pour utilité que d'appeler l'attention des médecins et d'établir plus ou moins complétement l'état actuel de nos connaissances sur ce point, nous pensons qu'il serait encore digne de quelque intérêt. Ce n'est donc point une monographie que nous offrons à la Société savante à laquelle nous avons l'honneur d'appartenir, mais bien un simple plan sur lequel nous marquerons seulement les points culminans du terrain qu'il nous faudrait parcourir.

Mais avant de passer à l'étude des altérations pathologiques que peut subir le pancréas, nous croyons devoir exposer succinctement tout ce qui a rapport à l'anatomie et à la physiologie de cet organe. Nous aurons, par la suite, plus d'une occasion de faire une application utile de ces connaissances.

Anatomie humaine. — Sans chercher à soulever le voile qui obscurcit encore la découverte du pancréas, nous nous bornons à dire que c'est à Hérophile et à Eudème que sont dues les premières notions un peu exactes sur cet organe, et que ces anatomistes ont avancé qu'il en découlait un liquide dans les intestins, mais sans indiquer la voie (1). A peine cette glande fût-elle mieux connue, que chaque médecin, selon le système qu'il avait embrassé, s'empressa de lui faire jouer dans les maladies un rôle plus ou moins important. Ainsi Fernel la regarda comme le siége de l'hypocondrie, de la mélancolie, de l'atrophie (2), etc., etc.; Sylvius de le Boë, comme celui de l'hystérie (3); et de Graefe, tout imbu de la doctrine de ce dernier, rapportait à ses lésions les fièvres intermittentes (4).

Le pancréas est profondément placé dans la région épigastrique. Il s'étend transversalement de la portion recourbée du duodénum, jusqu'à la rate et même jusqu'au rein. En avant il est recouvert par le feuillet supérieur du mésocolon transverse et l'estomac; en arrière il est couché sur la colonne vertébrale, à peu près au niveau de la douzième vertèbre dorsale, et se trouve en rapport avec l'aorte, la veine-cave, les piliers du diaphragme et les vaisseaux spléniques qui sont logés dans un ou deux sillons creusés dans sa substance. Il est aussi uni par du tissu cellulaire au rein et à la capsule surrénale du côté gauche. Son bord supérieur est traversé par le tronc cœliaque, et l'inférieur est intimement uni, presque dans toute sa longueur, avec la portion transversale du duodénum. De ses deux extrémités, la droite, plus volumineuse que la gauche, a reçu le nom de *tête*, et est embrassée par la seconde courbure du duodénum; la gauche, appelée *queue*, n'offre point de rapports constans. On rencontre quelquefois vers l'extrémité droite un prolongement plus ou moins distinct, dont Wharton avait déjà parlé (1), et que Winslow a décrit sous le nom de *petit pancréas*. Cette anomalie n'est pas très-rare, et comme ce prolongement peut être complétement séparé, il a fait croire à la duplicité du pancréas.

Le volume de cet organe ne présente rien de constant. M. Bécourt (2) a mesuré la longueur de trente-deux pancréas sains, la largeur de leur queue, la largeur et l'épaisseur de leur tête. Il résulte de ces recherches, que la longueur de cet organe varie depuis quatre pouces et demi jusqu'à treize, la largeur de la queue depuis six lignes jusqu'à trois pouces, la largeur de la tête depuis dix-huit lignes jusqu'à cinq pouces, et enfin l'épaisseur de la tête depuis trois lignes jusqu'à neuf. En prenant pour mesures du pancréas celles qui ont été trouvées par ce médecin, le plus grand nombre de fois, on peut lui assigner comme dimensions les plus communes :

	Pouces.	Lignes.
Longueur.	8	»
Largeur de la tête.	2	6
Largeur de la queue.	1	6
Epaisseur de la tête.	»	6

Son poids moyen varie entre trois et quatre onces.

Dans les premiers temps de la vie intrà-utérine, le pancréas est accolé à l'estomac, d'où il s'éloigne ensuite à mesure que le fœtus prend du développement (3). Nous ne savons pas à quelle époque on peut commencer à découvrir cette glande. Wrisberg (4) dit n'en avoir trouvé aucun vestige chez un fœtus de trois mois. Chez un autre, âgé de cinq mois, cet organe avait cinq lignes de long, et son conduit était très-apparent (5). M. Bécourt l'a trouvé long de deux pouces et demi, chez un fœtus dont l'âge n'est pas spécifié. Il semble donc résulter de là que le pancréas, comme les glandes salivaires, n'acquiert que progressivement son entier développement, sans présenter, dès les premiers temps de la vie, une sorte de prédominance sur les autres organes, comme l'ont répété plusieurs auteurs, entr'autres M. Renauldin (6).

La structure du pancréas se rapproche beaucoup de celle des glandes salivaires. Il est d'un blanc-grisâtre, d'une consistance ferme. Examiné au microscope, on voit que c'est un assemblage de corps globuleux, de

(1) Gallen, lib. II. *De semine*, cap. 7.

(2) *Universa medicina.* 1644; in-8°, lib. VI, p. 549.

(3) Thiberge, *Diss. sur l'hystérie.* Thèse. Paris, 1824. N° 62, p. 33.

(4) *Traité de la nature et de l'usage du suc pancréatique, où plusieurs maladies sont expliquées, et principalement les fièvres intermittentes.* Paris, 1666; in-12, fig.

(1) Portal, *Histoire de l'anatomie et de la chirurgie*, T. III, p. 71.

(2) *Recherches sur le pancréas, ses fonctions et ses altérations organiques.* Thèse. Strasbourg, 1830; in-4°, fig., p. 8.—Nous avons fait plusieurs emprunts à cette excellente Dissertation, comme on le verra par la suite.

(3) J. F. Meckel, *Journal complémentaire*, t. II, p. 309.

(4) *Descript. anat. embryonis observationibus illustrata.* Diss. inaug. Gottingue, 1764, in-4°, fig., p. 27.

(5) *Loc. cit.*, p. 37.

(6) *Dict. des Sciences médic.*, article *Développement.* T. IX, p. 49.

granules disposés en groupes, séparés par du tissu cellulaire sous-fibreux qui leur forme une enveloppe serrée, et donnant chacune issue à une branche du canal excréteur (1). A l'aide d'une longue macération, on peut également reconnaître cette disposition anatomique. Le pancréas reçoit ses principales artères de l'hépatique, de la splénique et de la mésentérique supérieure. Ses veines vont se dégorger dans les veines gastro-épiploïque, mésentérique supérieure et splénique. Ses nerfs sont tous ganglionaires et lui sont fournis par les plexus voisins.

De toutes les granulations dont la réunion constitue le pancréas, partent de petits canaux qui se réunissent les uns aux autres pour former le conduit pancréatique, qui s'étend, en grossissant, depuis l'extrémité gauche jusqu'au duodénum, dans lequel il s'ouvre vers la seconde courbure, trois pouces environ au-dessous du pylore. Quoique Jean-Maurice Hoffmann ait prétendu avoir découvert le canal pancréatique dans le coq-d'Inde, et l'avoir démontré à Wirsung, découverte qui lui est accordée par plusieurs anatomistes (Goelicke, G. Frank, Schenk et Gaspard Bartholin (2)), Haller et plusieurs autres historiens, en accordent cependant tout l'honneur à Wirsung, anatomiste bavarois, qui, en 1642, en publia une description et une figure prise sur l'homme même.

Ce canal, qui le plus ordinairement est simple et s'insère dans le duodénum par un orifice particulier et très-voisin du conduit cholédoque, ou par un orifice commun avec ce dernier, présente assez souvent des anomalies qu'il est bon de connaître.

Sur trente-deux sujets, M. Bécourt (3) a trouvé quinze fois un canal unique qui se réunissait au cholédoque. Chez onze sujets, ces deux canaux ont une ouverture distincte; chez un il existait deux canaux pancréatiques, dont un s'unissait au cholédoque; chez quatre ces deux canaux étaient isolés; et enfin chez un autre individu, il y avait trois canaux, dont deux s'unissaient au cholédoque, et le troisième s'insérait seul dans le duodénum. Parmi les anomalies rapportées par les anatomistes, il en est de remarquables (4) : telles sont, entre autres, celle observée par Brunner (5); et qui consistait en ce que le canal pancréatique et cholédoque, distans d'un demi-pouce l'un de l'autre, communiquaient ensemble par une branche intermédiaire; celle remarquée par Moinicken, Winslow, Boehmer, Heuermann et Haller, dans laquelle un des canaux pancréatiques s'ouvrait dans le jéjunum; celle de Sylvius de le Boë (6), qui trouva en 1663 un canal pancréatique qui, unique d'abord, se divisait ensuite : l'une des branches s'ouvrait dans le duodénum conjointement avec le canal cholédoque, l'autre s'insérait plus haut; enfin l'anomalie de Graefe (1), qui a vu trois conduits, dont l'un s'ouvrait directement dans l'estomac. Nous ferons surtout remarquer ce dernier fait, parce que, des anatomistes ayant rencontré le canal cholédoque ouvert directement ou par une branche secondaire dans l'estomac, quelques physiologistes ont voulu expliquer certains cas de boulimie par cette disposition anatomique : ainsi M. Richerand dit, dans sa *Physiologie* (2), que Vésale raconte avoir vu le canal cholédoque s'ouvrir dans l'estomac, sur le cadavre d'un forçat remarquable par sa voracité. Or, comme il s'en faut beaucoup qu'on puisse toujours arriver à la connaissance des causes de la boulimie, il est bon de tenir compte des faits qui pourront, peut-être plus tard, servir à expliquer ce phénomène; et on ne voit pas pourquoi le suc pancréatique, arrivant directement dans l'estomac, ne pourrait pas tout aussi bien que la bile (si tant est que cette action de la bile vienne à être prouvée), exciter la surface de cet organe et donner lieu à la *faim canine*.

M. Amussat (3) a prétendu, dans ces derniers temps, que le canal pancréatique s'ouvrait toujours dans le canal cholédoque et non dans le duodénum. Cette assertion, beaucoup trop générale, se trouve démentie par beaucoup de faits. Cependant Meckel (4), qui, avant l'anatomiste français, avait avancé le même fait, pense que la séparation des orifices de ces deux conduits, qui se rencontre quelquefois chez l'adulte, annonce un état stationnaire dans lequel l'intestin est demeuré, pendant qu'il parcourait ses périodes de développement. En effet, il résulte des recherches de cet homme célèbre que, chez l'embryon, l'orifice du canal pancréatique est tout-à-fait distinct de celui du canal cholédoque, et que ces deux conduits ne se réunissent que peu à peu.

Il peut y avoir absence complète du canal pancréatique. Ceci arrive quand, le tube digestif éprouvant un arrêt de développement, le pancréas reste adhérent à l'estomac et à l'intestin, comme cela existe, d'après Meckel, dans les premiers temps de la vie intrà-utérine. M. Aubery (5), médecin à Ecouis, a observé un cas de cette espèce, chez un enfant qui succomba six jours après sa naissance. L'estomac bien conformé était adhérent au pancréas dans son tiers postérieur, et le canal intestinal venait, après s'être replié deux fois sur lui-même dans l'épaisseur du pancréas, se perdre dans cet organe par un tube sans ouverture; les canaux cystique et cholédoque venaient aussi aboutir en ligne directe et sans se réunir dans le pancréas. Il n'y avait point de canal pancréatique.

---

(1) Ducrotay de Blainville, *Cours de physiologie*, 1829, p. 465.

(2) *Exercitationes miscellaneæ varii argumenti, imprimis anatomici.* Leyde, 1675, in-8°, p. 343.

(3) *Loc. cit.*, p. 11.

(4) *Voyez* à ce sujet les recherches de Tiedemann. *Journal complémentaire*, T. IV, p. 330.

(5) *Experimenta nova circà pancréas.* Leyde, 1822, in-12, fig., p. 11.

(6) *Collection académique.* Partie étrangère. Tom. VII, pag. 201.

(1) *Loc. cit.*, p. 14.

(2) T. Ier, p. 201, 8e édition.

(3) *Archives générales de Médecine*, T. XIV, p. 286.

(4) *Journal complémentaire.* T. II, p. 301.

(5) *Bulletins de la Faculté de Méd. de Paris*, 1806. T. I, p. 4.

Quant à la valvule que quelques anatomistes ont dit avoir vu garnir l'orifice intestinal de ce conduit, valvule formellement niée par Hygmore (1), elle n'a point été vue par Meckel (2), qui pense que cette apparence de valvule tient uniquement à la cloison qui sépare son embouchure de celle du canal cholédoque.

Anatomie comparée. — M. Bécourt (3) a répété un grand nombre des recherches faites, avant lui, par Vicq-d'Azyr (4), Meckel et Tiedemann, sur le pancréas considéré anatomiquement dans les individus qui composent les différentes classes de l'échelle animale. Il résulte de ces recherches que l'on trouve le pancréas chez tous les mammifères (5), chez les oiseaux qui, proportion gardée, l'ont plus volumineux que les premiers; il est double chez la plupart d'entre eux (6). On le rencontre constamment aussi chez les reptiles, dans lesquels sa position et sa figure sont très-variables; chez les poissons, qui présentent, sous ce rapport, des variétés importantes : ainsi ceux qui sont larges, plats et cartilagineux (soles, raies, etc.), ont un pancréas d'une structure analogue à celui des trois classes précédentes, tandis que pour les autres familles de poisson, on appelle *pancréas* cet assemblage de petits filamens que les auteurs ont nommé *petits intestins cœcum*, ou appendices pyloriques, qui, dans plusieurs, renferment une couche glanduleuse fort épaisse. Enfin, chez les mollusques on ne trouve rien qui puisse être comparé au pancréas, et chez les insectes, cet organe est suppléé par les appendices borgnes du canal intestinal, qui ne se trouvent cependant que chez ceux qui ont un estomac cartilagineux. Observons encore que, chez les insectes qui sont munis de ces appendices, l'appareil salivaire manque, si ce n'est cependant chez la *blatte*, qui possède à la fois et ces appendices et un appareil salivaire.

Quant au canal pancréatique, on retrouve chez les mammifères les mêmes anomalies de nombre et d'insertion que nous avons signalées chez l'homme.

Analyse du suc pancréatique. — Malgré les recherches de quelques physiologistes modernes, la science ne possède encore rien de bien positif sur la composition chimique du liquide sécrété par le pancréas. Nous ne ferons qu'indiquer ici les expériences qui ont été tentées et leurs résultats presque toujours opposés les uns aux autres. Ainsi, De Graefe, qui le premier se livra à quelques recherches sur ce sujet, trouva le suc pancréatique, tantôt acide, tantôt insipide, tantôt enfin salé, ou acide et salé en même temps. Sylvius, qui répéta les expériences de l'anatomiste hollandais, assura qu'il était acide de même que la salive, qu'il rougissait le papier de tournesol et coagulait le lait. Plus tard, Wepfer, Drelincourt, Brunner, Bohn, Boerhaave, etc., combattirent cette opinion et trouvèrent le suc pancréatique trouble, blanchâtre, non-acide, mais d'une saveur légèrement salée, comme la lymphe. Le professeur Mayer a constaté que celui du chat est alcalin (1). Parmi les physiologistes de la fin du siècle dernier et de notre époque, M. Magendie est le seul qui ait essayé de reprendre les expériences de ses prédécesseurs. N'ayant pu réussir d'après le procédé mis en usage par De Graefe, il en employa un plus simple (2). Il mit sur un chien l'orifice du canal pancréatique à nu, essuya avec un linge fin la membrane muqueuse circonvoisine, attendit qu'il sortit une goutte de suc : sitôt qu'elle parut, il l'aspira avec une pipette. De cette manière, il parvint à en recueillir quelques gouttes : il y reconnut une couleur légèrement jaunâtre, une saveur salée, point d'odeur; il vit que cette humeur était alcaline et en partie coagulable par la chaleur. Enfin, d'une part MM. Leuret et Lassaigne (3), et d'autre part, MM. Tiedemann et Gmelin (4), pour répondre à la question mise au concours, en 1823, par l'Académie des sciences de Paris, reprirent de nouveau ces expériences. Qu'il nous suffise de rappeler ici que ces physiologistes arrivèrent à des résultats tout à fait opposés. Ainsi, tandis que les derniers concluaient que le suc pancréatique diffère essentiellement de la salive, et que celui de la brebis et du chien, recueilli d'abord, est légèrement acide, mais que celui qu'on obtient après quelque temps de souffrances de l'animal est faiblement alcalin, les premiers soutenaient que celui du cheval a la plus grande analogie avec la salive du même animal et de l'homme, et qu'il est alcalin. Nous renvoyons aux ouvrages même de ces physiologistes ceux des lecteurs qui désireraient avoir plus de détails sur cette importante matière, et nous nous bornerons à présenter ici le résultat des recherches chimiques de MM. Leuret et Lassaigne, sur le suc pancréatique dont la science ne possédait pas encore une analyse rigoureuse. Ces expérimentateurs en ont re-

(1) *Corporis humani disquisitio anatomica*, etc. Hagæ-Comiti, 1651, in-fol., p. 45.

(2) *Manuel d'anatomie générale, descriptive et pathologique.* Paris, 1823, in-8°. T. III, p. 475.

(3) *Loc. cit.*, p. 12.

(4) *Système anatomique.* Quadrupèdes. Paris, 1792, in-4°.

(5) Le chat offre quelquefois une anomalie singulière, c'est-à-dire, une vésicule garnie d'un conduit qui se réunit au canal pancréatique, et forme avec lui un angle aigu, comme celui du canal hépatique avec le canal cystique. Ce réservoir du pancréas, qui a été observé d'abord par de Graaf, a été retrouvé depuis deux fois par Mayer (*), sur le même animal, et par Tiedemann, sur le phoque. Nous l'avons nous-même rencontré chez un chat que nous avons disséqué.

(6) Vicq-d'Azyr, *Œuvres complètes.* T. IV, p. 194.

(*) *Journal complémentaire.* T. III, p 283.

(1) *Voyez* les expériences auxquelles ce physiologiste s'est livré sur le suc pancréatique du chat. (*Journal complémentaire*, T. III, p. 283).

(2) *Précis élémentaire de physiologie.* 1817. T. II, p. 367.

(3) *Recherches physiologiques et chimiques pour servir à l'histoire de la digestion.* Paris, 1825, in-8°.

(4) *Recherches expérimentales, physiologiques et chimiques sur la digestion, considérée dans les quatre classes d'animaux vertébrés;* trad. de l'allemand par A. J. L. Jourdan. Paris, 1827; 2 vol. in-8°.

cueilli trois onces sur un cheval dans l'espace d'une demi-heure, et l'on trouvé composé de

Eau.	99, 1
Matière animale soluble dans l'alcool Matière anim. soluble dans l'eau. Traces d'albumine. Mucus. Soude libre. Chlorure de sodium. Chlorure de potassium. Phosphate de chaux.	0, 9
	100, 00

Usages du suc pancréatique. — Nous ne sommes guères plus avancés encore sur les usages du suc pancréatique. On ne peut douter que ce fluide ne joue un rôle quelconque dans la chylification ; mais pour déterminer quelle est son action véritable et son degré d'importance, c'est ce qu'il est impossible de faire dans l'état actuel de la science. Serait-il d'une bonne physiologie de conclure avec Brunner que le pancréas et le produit de sa sécrétion sont inutiles, parce qu'il a extirpé cette glande sur des chiens, qui ont continué à vivre et à digérer? Mais si, d'une part, l'analogie de structure et, d'une autre part, l'analyse chimique, ont prouvé que les plus grands rapports existent entre le pancréas et les glandes salivaires, entre le suc pancréatique et la salive; si on se rappelle que toujours dans l'économie animale une sécrétion est suppléée par une autre, comme, après l'extirpation d'un rein ou sa destruction par une maladie, on voit l'autre s'hypertrophier et sécréter en plus grande abondance, n'est-il pas probable que les glandes salivaires peuvent suppléer au défaut du suc pancréatique? Ce qui vient confirmer cette opinion, c'est la remarque de M. Bécourt (1), que chez les individus placés presque à la fin de l'échelle animale, chez les insectes, les *appendices borgnes* du canal intestinal, qui chez ces animaux remplacent le pancréas, ne se trouvent que dans les espèces qui ont un estomac cartilagineux, et que partout où ils existent, manque ordinairement l'appareil salivaire. Ajoutons que la contre-épreuve de ce fait se trouve en quelque sorte établie par une observation de Ramdohr, qui a remarqué que le charançon (*Curculio lapathi*) a un estomac cartilagineux et un appendice salivaire, mais point d'appendices pyloriques. Enfin, nous verrons les sécrétions salivaire et pancréatique se suppléer mutuellement et d'une manière régulière.

Vices congéniaux. — Blasius (2) dit avoir trouvé deux pancréas. Ce que cet anatomiste a pris pour une seconde glande, n'était peut-être que le petit pancréas de Winslow plus développé et plus séparé. Un fait presque semblable a été rencontré par le docteur Young, chez le fœtus qui présentait le cas de monstruosité par inclusion qu'il décrivit en 1807 (1) Le pancréas manque toujours dans l'acéphalie : Klein est le seul qui ait vu le duodénum adhérer à une masse qu'il a regardée comme étant cette glande. Cette absence du pancréas est une suite nécessaire de celle de l'estomac, puisque nous avons vu que dans le commencement de son développement, cette glande adhérait à cet organe. Or, la portion gastrique du tube intestinal manque souvent chez les acéphales, et toujours chez les monstres désignés par M. Breschet sous le nom d'acéphalothores. Mais c'est à tort que Meckel prétend que cette absence du pancréas ne se rencontre que chez les acéphales. Quelques observations (2) contredisent l'anatomiste allemand. Mellet n'a point trouvé de pancréas chez un enfant mort peu de temps après sa naissance, et atteint d'une exomphale considérable dans laquelle se trouvaient l'estomac, les intestins etc.; Melle (3) et Gastellier (4) ont vu des cas semblables.

Déplacemens. — Quelque solides et nombreux que soient les liens qui fixent le pancréas à la colonne vertébrale, cet organe n'est pas moins susceptible de quelques déplacemens. Il peut être contenu dans la poitrine, dans les cas d'absence d'une partie plus ou moins considérable du diaphragme. Parmi les cas de ce genre que nous connaissons, nous nous bornerons à citer ceux que nous ont transmis G. Claude (5), qui a trouvé une hernie diaphragmatique de l'estomac, du duodénum et du pancréas, sur le cadavre d'un homme mort de la maladie noire; M. Campbell d'Édimbourg (6) qui a observé un semblable déplacement sur un enfant qui vécut six semaines, et le docteur G. E. Weyland (7). Dans ce cas, la hernie diaphragmatique offrait ceci de particulier qu'une partie des organes abdominaux étaient renfermés dans le côté gauche de la poitrine, tandis que la droite contenait le thymus, le cœur et les deux poumons.

Mais ce n'est pas seulement dans ces cas de vice de conformation congéniale du diaphragme que l'on a observé le passage du pancréas dans la poitrine. Plusieurs faits démontrent que ce passage peut s'effectuer à travers une rupture de cette cloison. Wecher (8) a vu un cas de cette espèce, et le docteur Cavalier (9) en a con-

(1) *Loc. cit.*, p. 17.

(2) *Observationes medicæ rariores* Leyde, 1674, in 8°, p. 126.

(1) A. A. Lachèse, *de la Duplicité monstrueuse par inclusion.* Thèse. Paris, 1823, in-4°. p. 32.

(2) *Ancien journal.* T. IV. p. 339.

(3) *Nov. Act. nat. cur.* T. VI, p. 130.

(4) *Ancien journal.* T. XXXIX, p. 27.

(5) *De obs. practico-anatomicâ mirabili ad M. Ruisch.* Padoue, 1661, in-4°.

(6) *Recueil périodique.* T. LXXVIII, p. 416.

(7) *Dis. inaug. med. duas exhibens casus dislocationis viscerum nonnullorum abdominis memoratu dignus.* Jéna 1831. in-4°. p. 7.

(8) Brera, *Sylloge select. opusc.* T. VII, p. 249.

(9) *Observations sur quelques lésions du diaphragme, et en particulier sur sa rupture.* Paris, 1804, in-4.°, p. 18.

signé, dans sa dissertation inaugurale, un autre que Saint-André a publié dans l'ouvrage de Gohl : un homme, après avoir pris un violent émétique, fut frappé de convulsions et périt en peu d'instans. On trouva le diaphragme déchiré à l'endroit où le nerf intercostal passe de la poitrine dans le bas-ventre. Une portion de l'épiploon, du colon et le pancréas étaient déjà dans la cavité gauche de la poitrine où la déchirure de quelques vaisseaux de cette glande avait produit un épanchement de sang considérable.

Le pancréas peut aussi être contenu avec d'autres viscères dans une exomphale congéniale. Marrigues (1), chirurgien à Versailles, a décrit deux cas de cette espèce recueillis l'un sur un enfant né à terme, mais mort, et l'autre sur un fœtus d'environ cinq mois. Howel (2) a vu un cas semblable; l'enfant vécut vingt-quatre heures. Ce déplacement s'observe aussi quelquefois dans un genre de monstruosité que M. Geoffroy-Saint-Hilaire (3) a décrit sous le nom d'*aspalasome*.

Un autre déplacement qui doit surprendre beaucoup plus encore que les précédens, et dont l'observation a cependant constaté la possibilité, c'est l'invagination de cette glande dans une portion du canal intestinal. Nous connaissons deux cas de cette nature, l'un, que nous devons à M. Band (4), chirurgien de la marine à Brest, a été recueilli sur un homme âgé de 24 ans qui succomba à une invagination telle que le colon descendant et le rectum contenaient toute la portion du tube intestinal située au-dessus d'eux. A l'extrémité supérieure de cette invagination on voyait le duodénum et l'iléon se plonger dans le colon descendant, et au milieu le pancréas dans une situation perpendiculaire. L'autre, publié par le docteur Guibert, a pour sujet un enfant de 3 ans (5).

Plaies. — Nous ne connaissons aucun cas de plaies du pancréas; mais les expériences de Brunner (6) établissent qu'elles ne seraient pas par elles-mêmes très-dangereuses.

Rupture. — Cet accident est très-rare, et M. Velpeau (7), qui a étudié les contusions de l'abdomen par rapport aux lésions des viscères que renferme cette cavité, ne fait mention d'aucun cas de rupture du pancréas. L'observation suivante est la seule qui soit venue à notre connaissance : nous la devons à M. Travers (8), de Londres : une femme dans un état complet d'ivresse, fut violemment heurtée par une roue de voiture qui lui fractura plusieurs côtes. Elle fut transportée à l'hôpital, où elle succomba quelques heures après. A l'autopsie, on trouva le pancréas complétement déchiré transversalement. Le foie était également rompu, et il y avait dans l'abdomen un grand épanchement de sang; la veine porte était intacte.

(1) *Ancien journal*, T. II, p. 32.
(2) *Dictionnaire de Médecine*, 2.e édition, T. I, p. 131.
(3) *Journal complémentaire*. T. XXI, pl 236 et 370.
(4) *Recueil périodique*. T. XXIV, p. 20.
(5) *Journal universel*. T. LIII, p. 155.
(6) *Collection académique*. Part. étrang. T. VII, p. 653.
(7) *Dictionnaire de médecine*, 2.e édition. T. I, p. 179.
(8) *The Lancet*. 1826-27. T. XII, p. 384.

Vices de la sécrétion pancréatique. — L'impossibilité dans laquelle nous sommes, quant à présent, de rapporter à une altération quelconque les changemens que peut subir la sécrétion pancréatique, soit dans sa quantité, soit dans ses qualités, nous engage à en parler maintenant. La même raison nous impose l'obligation de nous abstenir de toute considération théorique, et d'exposer seulement ce que nos recherches nous ont appris à ce sujet.

La sécrétion pancréatique peut subir une augmentation considérable, et produire ces déjections abondantes auxquelles les auteurs donnaient le nom générique de *flux*, que M. Roche (1) a tout récemment désigné par le mot également générique d'*hyperdiacrisie*. C'est de cette sécrétion trop abondante que Portal faisait naître la plupart des diarrhées, Wedeking le flux cœliaque, et Dupuytren (2), guidé en cela par la salivation, avait pensé que le pancréas pouvait bien fournir la matière évacuée par les personnes affectées du choléra. N'est-ce point encore à un *flux* pancréatique qu'il faut rapporter les observations de ces individus cités par Marcellus Donatus et Poterius (3), qui rendaient en un jour et sans douleurs plusieurs livres de sérosité? Tout nous porte à croire que cette opinion est fondée, et il nous semble même que l'expérience est déjà venue la confirmer. Citons des faits :

Huon-de-Maxey (4) rapporte qu'en 1756, il donna des soins à un jeune homme atteint d'une ascite qui avait éludé l'action d'un grand nombre de médicamens. Le malade ne voulant pas se laisser pratiquer la paracentèse, l'auteur lui conseilla l'usage fréquent de la pipe. La première dose de tabac qu'il fuma opéra l'effet qu'il produit ordinairement chez tous ceux qui n'y sont pas habitués, c'est-à-dire, des nausées, des vomissemens, une salivation abondante et une espèce d'ivresse. Dès ce moment la respiration devint plus libre. Le troisième jour le malade commença à avoir une salivation si abondante, qu'à chaque pipe de tabac qu'il fumait, il salivait environ une chopine d'une eau très-claire. Cette salivation se soutint, dans la même vigueur, l'espace d'un mois, et pendant ce temps le ventre se vida presque entièrement; puis elle se tarit peu à peu, à proportion que les eaux se trouvaient épuisées par cette seule évacuation, qui rétablit le malade dans sa santé primitive, en moins de deux mois et demi. Duperon (5), Monro (6), Fabre (7) etc., etc., ont vu des cas semblables.

Si dans les observations que nous venons de citer, il

(1) *Dictionnaire de méd. et chir. prat.* T. X, p. 209.
(2) *Gazette médicale*. 1832. T. III, p. 71.
(3) *Encyclopédie méthodique*. Part. méd. T. II, p. 366.
(4) *Ancien journal*. T. IX, p. 47.
(5) *Ancien journal*. T. LVI, p. 500.
(6) *Essai sur l'hydropisie*. Paris, 1789, in-12, p. 100.
(7) *Observations de chirur*. Avignon, 1787, in-12, p. 183.

n'est pas permis de douter que ce ne soient les glandes salivaires qui ont fourni ce liquide abondant dont l'évacuation a servi de crise à l'épanchement abdominal, nous pouvons aussi, sans trop forcer les lois de l'analogie, rapporter à une sécrétion pancréatique augmentée, certaines évacuations abondantes qui ont jugé plusieurs hydropisies. Ainsi, M. Perrier (1), médecin à Moulins, a recueilli l'observation d'un homme atteint d'anasarque, et qui n'en fut complétement débarrassé qu'après avoir eu des vomissemens abondans et répétés d'une eau claire, onctueuse, d'un goût salé et désagréable. Les vomissemens étaient ordinairement précédés d'anxiété, et d'un sentiment de plénitude et de gonflement à l'épigastre. Ainsi Faudacq (2), médecin à Dieppe, a vu survenir presque spontanément, chez un ascitique désespéré, des vomissemens aqueux et des déjections alvines de même nature qui, se soutenant pendant quelques jours, le débarrassèrent complétement de son hydropisie. Le même médecin avait déjà précédemment observé le même phénomène sur un soldat ascitique qui, après avoir été longtemps cahoté dans un mauvais chariot, fut pris de vomissemens aqueux qui le guérirent complétement. On trouve encore deux cas analogues aux précédens dans l'ancien Journal de médecine (3).

Sans doute, il est difficile de donner une explication satisfaisante de ces faits; mais ils n'en méritent pas moins de fixer l'attention des médecins, et il sera peut-être possible quelquefois de s'en servir dans la pratique, alors que la sécrétion urinaire ne pourra être sollicitée par aucun moyen. Au reste, ce n'est pas seulement dans des cas de cette espèce que la sécrétion du pancréas et des glandes salivaires a pu remplacer celle des reins. On a vu ces glandes sécréter un liquide semblable à l'urine alors que les reins ne pouvaient remplir leurs fonctions, et nous croyons devoir consigner ici un fait de cette nature, comme susceptible de jeter quelque jour sur le sujet qui nous occupe. Vallisnieri (4) rapporte qu'une demoiselle de 18 ans fut prise tout à coup d'une suppression d'urine. Au bout de dix jours, il survint des vomissemens d'un liquide séreux qui avait la couleur, la saveur et l'odeur de l'urine, qualités que présentait aussi la salive. Nysten (5) a rassemblé un certain nombre d'observations analogues.

Ainsi donc, la sécrétion pancréatique peut être modifiée par rapport à la quantité. Mais il est rare, et cela s'observe journellement pour les glandes dont le produit est accessible à nos sens, qu'une sécrétion soit augmentée, sans que son produit ne soit en même temps modifié dans sa nature, et n'acquierre des qualités irritantes. Le docteur Uberto Bettoli (1) cite l'observation d'un homme qui était tourmenté par le tænia, et qui avait des nausées accompagnées d'une sécrétion abondante de salive piquante : des vomissemens de matière glutineuse aigre avaient lieu en même temps. Ces symptômes disparurent avec leur cause. Nos annales renferment beaucoup de faits plus ou moins analogues qui ne permettent pas de douter que, dans bien des cas, le produit de la sécrétion pancréatique ne subisse des altérations remarquables, d'où production d'accidens divers qu'on n'a pas rapportés à leur véritable cause. Et sans vouloir prétendre d'une manière absolue que l'ensemble des symptômes auxquels on a donné le nom de *pyrosis*, dépende toujours d'une sécrétion pancréatique viciée, nous croyons cependant que plus tard cette étiologie sera reconnue, au moins dans quelques cas. Nous devons à la vérité de dire que dans les cas de pyrosis dont l'ouverture des corps est venue compléter l'histoire, le pancréas n'a offert aucune altération appréciable. Mais de cette absence de lésion de tissu faut-il conclure, contre notre manière de voir, que le pancréas n'est pour rien dans la production des phénomènes que présentent les malades atteints de pyrosis? nous ne le pensons pas. Combien de fois, même après des salivations prolongées, n'a-t-on pas trouvé les glandes salivaires dans un état d'intégrité parfaite (2)? Combien de fois encore n'a-t-on pas trouvé, chez les diabétiques, les reins dans leur état physiologique?

Ce qui vient encore rendre plus probable pour nous que le pyrosis pourrait bien dépendre quelquefois d'une altération particulière du liquide pancréatique, c'est cette remarque de M. Guersent (3), que le développement trop abondant des acides n'a pas toujours lieu dans l'estomac ou le canal intestinal, et qu'il est quelquefois le résultat de l'altération même de la salive. Cet observateur judicieux est porté à croire qu'il en est presque toujours ainsi chez les malades qui ont des dents détruites par l'effet des acides. Or, l'analogie de texture et de fonctions permet bien de supposer que le pancréas aussi peut, dans certaines circonstances, modifier de la même manière le liquide qu'il sécrète. Tout récemment (février 1836), nous avons été consulté par un homme de la commune d'Aulnay, le nommé Urbain Ruault, dont l'observation est précieuse pour nous en ce moment. Cet homme, grand, maigre, âgé de 38 ans, éprouve depuis l'âge de 20 ans, et principalement tous les matins, des vomissemens d'un liquide spumeux, âcre, et dont le rejet est accompagné d'une vive sensation de chaleur brûlante depuis le cardia jusqu'à la bouche. Il lui semble qu'une flamme de feu parcourt toute la portion supé-

(1) *Bulletins de la Soc. méd. d'Emulation*, 1809, T. III, p. 217.

(2) Richard de Hautesierck, *Observations de Méd.* Paris, 1772, in-4°, T. II, p. 429, 430.

(3) 1758, T. VIII, p. 318 et 1762. T. XVIII, p. 46.

(4) *Opere fisico-mediche.* Venise, 1733. In-fol. T. III, p. 338.

(5) *Recherches de physiologie et de chimie pathologiques*, Paris, 1811, in-8°, p. 265.

(1) *Bibliothèque médicale.* T. XXII, p. 109.

(2) *Voyez* surtout à ce sujet des faits curieux consignés dans : *Recueil de Mémoires de méd. militaire*, T. XIX, p. 40 ; et *Journal complémentaire*, T. XXVI, 370.

(3) *Dictionnaire de Méd.* 2e édit. T. 1, p. 236, art. *Absorption.*

rieure du tube digestif. Ces vomissemens se suspendent quelquefois spontanément, et alors ils sont remplacés par une salivation abondante, surtout le matin. Le liquide salivaire sécrété est également âcre, caustique même; les gencives sont gonflées, mollasses, les dents vacillantes, usées dans toute leur circonférence, de manière à laisser entre elles un intervalle qui s'accroît lentement, comme si chaque jour la salive en s'écoulant dissolvait une légère couche de leur tissu. Son père éprouva à vingt ans les mêmes accidens qui ont cessé d'eux-mêmes vers sa cinquantième année : il jouit aujourd'hui d'une parfaite santé. Nous publierons plus tard et avec plus de détails cette observation intéressante, si le malade, que nous n'avons encore vu que deux fois, continue, comme il nous l'a promis, à venir réclamer nos conseils. La magnésie unie au sucre, les infusions de sauge et de menthe, prises le matin à jeûne, ont déjà procuré un peu de soulagement.

Enfin, pour réunir le plus de preuves possibles en faveur de notre opinion, rappelons en peu de mots les symptômes principaux que l'on observe dans le pyrosis: éructations avec rejet d'un liquide limpide que quelques malades ont comparé à la salive; courbure du corps en avant pour appaiser la douleur; paroi antérieure de l'abdomen rétractée vers la colonne vertébrale; constipation; salivation; enfin, et c'est un signe sans lequel la maladie n'existe jamais, émission d'une plus ou moins grande quantité d'un liquide qui a assez fréquemment l'apparence de la salive, et qui toujours jouit de la propriété d'être âcre et excitant, approchant même de la causticité. Eh bien, cette symptomatologie que nous empruntons à une bonne dissertation (1) soutenue à l'École de Paris, nous la retrouverons dans les articles de ce travail relatifs à l'inflammation et aux diverses lésions organiques du pancréas.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Quelques observations tendant à éclairer l'histoire de la phlébite, à la suite de l'accouchement; par M. Duplay, D.-M.-P.

A la suite d'un fait que nous avons consigné dans les *Archives de Médecine* (octobre 1834) et dans lequel du pus fut rencontré en grande quantité non-seulement dans le système veineux mais encore dans le système artériel, nous avons émis toutes les hypothèses possibles relativement à l'origine de cette suppuration extraordinaire. Parmi ces diverses suppositions nous nous sommes demandé si la femme qui était le sujet de cette observation intéressante n'aurait pas été victime d'une de ces métro-péritonites avec phlébite utérine à la suite de quelque avortement qu'elle aurait eu le soin de nous passer sous silence. Mais avertis de la possibilité de cette circonstance, les recherches les plus minutieuses furent dirigées à l'autopsie vers l'utérus et ses annexes, et aucune lésion ne put être découverte dans les organes de la génération. Dès lors toute idée de phlébite utérine fut rejetée, nous basant sur ce que les traces de cette affection se retrouvent même fort longtemps après son début, et que quand même elle se termine d'une manière heureuse on en retrouve des traces encore fort longtemps après la guérison : et ce fait, nous avons pu le constater à l'hospice de la Maternité, chez des femmes qui succombèrent longtemps après l'accouchement à des accidens d'une toute autre nature, après avoir présenté des symptômes de métro-péritonite qui se dissipèrent au bout d'un certain temps. Le fait suivant est intéressant et sous le rapport de la marche insidieuse qu'il a présentée, et sous celui des lésions qui ont été rencontrées deux mois après un avortement. Ce fait a été recueilli dans le service de M. Rostan, et nous le donnons dans tous ses détails.

Observation. — *Avortement. Phlébite de la veine hypogastrique, de la veine iliaque primitive, et de la veine cave inférieure. Arthrites purulentes; marche insidieuse de la maladie.* — Marie Thomain, blanchisseuse, âgée de 44 ans, entra à l'hospice de la Clinique le 8 janvier 1835. Cette femme dont l'intelligence était peu développée et qui se trouvait d'ailleurs dans un état tout à fait singulier et peu en rapport avec les altérations locales qu'elle présentait, nous dit qu'elle était malade depuis trois semaines. Elle nous rapporta, mais en passant très-légèrement sur ce détail extrêmement important, qu'elle avait fait trois semaines auparavant une fausse-couche au terme de trois mois. Après un grand nombre de questions sur les circonstances de cet avortement, qui semblait à la malade tout à fait indépendant de la maladie qui l'amenait actuellement à l'hôpital, elle nous dit que le quatrième jour après l'avortement elle était sortie pour des détails de ménage et qu'elle avait été saisie par le froid. Interrogée sur les phénomènes qu'elle avait pu éprouver du côté de l'abdomen à la suite de cette imprudence, elle nous rapporta qu'elle avait ressenti quelques douleurs légères pendant plusieurs jours, et que les lochies s'étaient arrêtées presque complétement quelques jours après. Il nous fut impossible de tirer des détails plus exacts sur l'invasion de ces nouveaux accidens ; il survint tout à coup de la douleur et du gonflement au coude et au genou du côté gauche. La malade éprouva en même temps de la fièvre et fut obligée de prendre le lit. Les accidens augmentant, les articulations malades devenant de plus en plus gonflées et douloureuses, cette femme se décida à faire venir un médecin qui fit appliquer dix sangsues sur le coude et autant sur le genou. Mais l'état de la malade ne fut pas modifié par ce traitement, et le lendemain elle fut amenée à l'hospice de la Clinique, le 9 janvier. Voici dans quel état elle se trouvait :

Décubitus dorsal; face colorée, mais présentant l'expression d'une douleur assez vive. Douleurs vives dans l'articulation du coude gauche, qui est tuméfié et dont la peau est légèrement rosée; la moindre pression, le moindre mouvement excitent les plaintes de la malade.

---

(1) Casteran, *Diss. sur le pyrosis*. Paris, 1821. N° 94.

Genou gauche tuméfié, très-douloureux; signes évidens d'un épanchement dans la membrane synoviale. Rotule fortement écartée des condyles du fémur et séparant deux tumeurs formées de chaque côté par le liquide épanché dans la membrane synoviale. Fluctuation évidente en pressant alternativement sur chacun de ces renflemens latéraux. Rougeur à la peau qui recouvre l'articulation, mais disposée par plaques et non-uniforme. Langue sèche, ruguense, rouge à la pointe et sur les bords, soif très-vive. Absence de douleur à l'épigastre. La pression exercée sur tout le reste de l'abdomen est indolente. Diarrhée abondante, quelques évacuations alvines involontaires. Respiration fréquente, mais sonoréité parfaite de la poitrine et bruit respiratoire tout à fait naturel. Pouls fort, donnant 116 pulsations par minute. Chaleur vive de la peau. Insomnie presque complète, pas de délire, mais intelligence un peu obtuse, réponses difficiles à obtenir, ce qui peut être en partie attribué à ce que la malade est affectée de surdité. (Saignée de bras de 14 onces, bains, cataplasme laudanisé sur les articulations malades, tisane de mauve, potion gommeuse avec extrait gommeux d'opium, gr. j).

Le 10, l'état de la malade est à peu près le même. Le sang tiré la veille est fortement couenneux. Etat peu différent des articulations malades. L'épaule gauche qui, la veille, était indolente est devenue douloureuse, les mouvemens, la pression excitent des plaintes. La langue est sèche, couverte d'un enduit brunâtre. L'abdomen est un peu ballonné mais indolent. Diarrhée encore abondante, selles involontaires. Même état de la respiration. Pouls fréquent et marquant 124 pulsations par minute, mais un peu moins fort que la veille; rien de nouveau du côté de l'intelligence. (Bain, 15 sangsues à l'anus; 10 sangsues sur le genou gauche; cataplasme laudanisé; lavemens).

Le 11, même état des trois articulations, à l'exception du genou qui paraît un peu moins douloureux que la veille. Mais prostration plus grande, altération de la face, plaintes presque continuelles de la malade. Langue toujours sèche. Ballonnement du ventre plus marqué que la veille. Délire pendant la nuit. (Bain, cataplasmes laudanisés, lavemens émolliens).

Le 11, amélioration dans l'état des articulations. Celles du genou et du coude sont moins douloureuses que la veille, un peu moins tuméfiées que les jours précédens; mais les traits sont profondément altérés. Langue sèche, fuligineuse. Abdomen toujours ballonné sans que la pression même la plus forte détermine aucune douleur. Respiration fréquente, mais rien de nouveau par l'auscultation et la percussion. Du délire s'est encore manifesté pendant la nuit. (Bain, cataplasmes, lavement).

13. Face un peu moins altérée que la veille; langue toujours un peu sèche. Pas de selles; mais évacuation involontaire des urines. Ventre moins tendu et moins ballonné que la veille. Articulation du genou moins tuméfiée que la veille: cependant il y a encore un gonflement considérable. Coude plus douloureux que la veille; il en est de même de l'épaule. La fesse gauche est le siége d'une escarre de la largeur d'une pièce de cinq francs. Respiration fréquente; suspirieuse, pouls marquant 112 pulsations. Pas de sommeil pendant la nuit; délire et agitation. (10 sangsues sur le coude; cataplasmes sur les articulations malades).

A la visite du soir, la malade se plaint beaucoup; elle est très-abattue et assoupie. Langue un peu moins sèche; sueur excessivement abondante qui recouvre et inonde, en quelque sorte, toute la surface du corps.

14. La sueur s'est prolongée pendant une grande partie de la nuit. Il y a eu moins d'agitation que la veille et moins de délire. Le matin, la langue a repris sa sécheresse de la veille. Un peu moins de météorisme du ventre; pouls fort et fréquent, marquant 108 pulsations. La malade est très-affaissée; elle répond très-lentement et très-difficilement. (Vésicatoires à chaque cuisse; cataplasmes sur sur les articulations; lavement émollient).

Le soir, la malade présente le même état que la veille; elle est encore couverte d'une sueur excessive qui est survenue graduellement et sans avoir été précédée de frissons.

15. Sueur encore assez abondante à la visite; face plus animée, plus vivante, en quelque sorte, que le jour précédent. Articulations du coude et de l'épaule toujours douloureuses. L'articulation du genou est plus volumineuse que les jours précédens, et la fluctuation est redevenue manifeste. L'escarre de la fesse est restée stationnaire. Langue moins sèche. Abdomen encore tendu; pas de selles. Respiration moins fréquente que les jours précédens. Pouls marquant 100 pulsations; pas de délire. (Pansement des vésicatoires; cataplasmes; un peu de bouillon coupé).

A la visite du soir, la malade a la face colorée, elle se plaint beaucoup, mais n'éprouve pas de sueurs comme les jours précédens.

16. Facies plus naturel et moins animé que la veille; langue très-fortement visqueuse, mais non plus sèche comme les jours précédens; soif moins vive; moins de tension du ventre que les jours précédens; pas de selles; pouls petit à 112 pulsations. Urines s'écoulant toujours involontairement.

M. Rostan, qui attirait depuis longtemps l'attention de ses auditeurs sur la marche singulière de cette arthrite, et qui pensait qu'à l'état déjà si grave des articulations se joignait un état général de l'économie encore plus grave, est porté à admettre que la maladie peut avoir eu son point de départ dans l'avortement et dans une métro-péritonite avec phlébite utérine. C'est, guidé par cette pensée, qu'il prescrit les frictions d'onguent mercuriel sur l'abdomen, à la dose d'une demi-once.

Les jours suivans, l'on continue l'emploi des frictions mercurielles que l'on porte à la dose d'une once pendant les 24 heures. Mais la maladie n'est en rien modifiée par ce nouveau mode de traitement. La prostration reste la même. Les sueurs se reproduisent tous les jours avec une abondance excessive. La langue, qui est sèche habituellement, perd cette sécheresse et devient humide pen-

dant tout le temps que durent ces transpirations. L'état des articulations est toujours le même; le genou, qui avait perdu un peu de son volume, se tuméfie de nouveau et redevient douloureux. La prostration dans laquelle tombe le malade nécessite l'application d'un vésicatoire à une cuisse.

22. Aux phénomènes précédens s'en joint un nouveau de la plus haute importance; c'est un frisson très-violent qui dure pendant plusieurs heures. Ce frisson a la violence de celui d'une fièvre intermittente. La malade est fortement agitée, et l'on est obligé de la couvrir très-fortement. Le frisson se prolonge jusque vers le milieu de la nuit. Alors survient une transpiration abondante; délire, rêvasseries. Trois selles involontaires. Le matin, à la visite, prostration; langue sèche; ventre légèrement ballonné. Même état des articulations. Pouls à 110 pulsations. L'escarre de la fesse a fait quelques progrès. (Onguent napolitain ℥j en frictions; manne et violettes, trois pots; panser l'escarre avec l'onguent styrax).

23. Rien de particulier à la visite du matin, si ce n'est un état de malaise très-grand qu'expriment les traits de la malade. Prostration; plaintes continuelles, surtout lorsqu'on lui imprime le plus léger mouvement. Tension du ventre un peu moindre. En pressant sur l'hypogastre l'on détermine une légère douleur. Le genou est encore tuméfié et douloureux, mais le coude, quoique toujours douloureux, a repris à peu près son volume ordinaire. (Même prescription).

Le soir la malade n'éprouve pas de frisson, mais elle est prise d'une sueur très-abondante. Le pouls était devenu excessivement fréquent, à tel point qu'il ne pouvait être compté.

24. La prostration a encore augmenté. La face est terreuse et amaigrie; langue très-sèche; soif très-vive. Abdomen moins tendu, indolent; pas de selles. Evacuation de l'urine involontaire. Même état des articulations. Escarre plus étendue; pouls marquant 120 pulsations. Rêvasseries alternant avec de l'assoupissement. (On suspend l'onguent mercuriel; orge avec addition d'un quart de vin de Bordeaux; lavement).

25. Rien de particulier le matin; mais le soir, frisson excessivement fort; tremblement de tous les membres avec claquement des dents, et suivi de sueurs extrêmement abondantes.

26. Facies pâle, amaigri; les traits sont tirés; décubitus dorsal; langue un peu moins sèche que la veille; pas de selles. Ventre beaucoup moins tendu que les jours précédens, et tout à fait indolent. Respiration fréquente, suspirieuse. L'auscultation fait découvrir un peu de râle crépitant humide et diffus dans le sommet et le milieu du poumon gauche. Le pouls est petit; il est redescendu à 92 pulsations par minute. (Décoction de quinquina; orge, addition d'un quart de vin de Bordeaux; un peu de bouillon coupé).

Le soir, il n'y a pas de frisson, mais on remarque une sueur abondante.

27. L'amaigrissement a fait des progrès; les pommettes sont saillantes, les yeux s'excavent. Langue brune, sèche. Vomissemens après l'ingestion du quinquina. Ventre tendu, douloureux; pas de selles. Même état du poumon gauche. Pouls petit, à 128 pulsations; sueur visqueuse, rêvasseries; délire tranquille. Quelques soubresauts dans les tendons; escarre plus étendue. Genou à l'état stationnaire, ainsi que le coude; l'épaule depuis quelque temps a cessé d'être douloureuse. (On suspend le quinquina. Orge avec un quart de vin de Bordeaux).

28. Etat de torpeur et de somnolence dont la malade ne sort que pour pousser des cris plaintifs lorsqu'on veut la remuer. Lèvres, dents et langue fuligineuses; vomissemens. De temps en temps, délire tranquille; soubresauts dans les tendons; escarre de la fesse beaucoup plus étendue. Même état de la poitrine. Il y a eu des évacuations alvines involontaires. (Potion avec quatre onces d'infusion d'anis; une once d'alcool à la mélisse, et une once de sirop d'écorces d'orange; eau d'orge avec vin de Bordeaux, un quart).

Cet état augmente le 29, et la malade succombe le 30 dans la journée.

Autopsie, faite 36 *heures après la mort.*—L'extérieur du cadavre présente au niveau de la fesse gauche et du sacrum une escarre irrégulière de l'étendue de quatre pouces environ; elle intéresse toute l'épaisseur de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; celui-ci se trouve infiltré de pus, et l'escarre commence à s'en détacher dans sa circonférence. Les articulations malades sont ouvertes. Autour de l'articulation scapulo-humérale gauche, le tissu cellulaire situé en dehors de l'articulation est infiltré de pus, mais la cavité synoviale n'en présente aucune trace; elle présente sa coloration naturelle, mais elle contient une synovie plus jaunâtre et plus visqueuse que dans l'état naturel. L'articulation huméro-cubitale gauche contient une petite quantité de pus bien lié; la membrane synoviale observée dans toute l'étendue des surfaces articulaires, présente un aspect grenu, et çà et là une rougeur ponctuée disposée par plaques. L'articulation tibio-fémorale du même côté contient une plus grande quantité de matière purulente que les autres articulations malades. Le pus est bien lié, comme phlegmoneux. La membrane synoviale est en partie enlevée sur les cartilages inter-articulaires; dans le reste de son étendue, elle présente çà et là une injection disposée par petites plaques. Du reste, aucune trace de suppuration dans le tissu cellulaire environnant. Les muscles de la fesse, de la cuisse et du mollet, largement incisés, ne présentent aucune trace de suppuration.

Tête. La dure-mère n'offre rien de particulier. L'arachnoïde est à l'état normal, le feuillet cérébral ne présente de particulier qu'un peu d'infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les deux substances du cerveau sont tout à fait à l'état normal, nulle part elles ne présentent de lésions de coloration ou de nutrition. Les ventricules latéraux contiennent environ deux gros de sérosité tout à fait limpide.

Thorax. Le poumon de chaque côté présente de l'engouement vers sa base et sa partie postérieure. Dans ces deux régions, le tissu pulmonaire incisé laisse échapper une grande quantité de sérosité sanguinolente légèrement grisâtre. Ce tissu résiste cependant assez bien à la dé-

chirure. Du reste, on ne découvre aucun foyer purulent, aucun de ces engorgemens, si bien décrits par Dance, et qui précèdent la formation des abcès métastatiques du poumon. Les veines pulmonaires, entièrement à l'état normal, renferment des caillots fibrineux libres dans leur intérieur et formés d'un sang noirâtre dans lequel on remarque çà et là quelques petits points blanchâtres. Leurs parois ne présentent d'ailleurs ni coloration, ni consistance, ni épaisseur anormales. Les artères pulmonaires renferment aussi de longs caillots fibrineux consistans et presqu'entièrement décolorés. Le cœur est d'un volume ordinaire; il contient un sang fluide et des caillots peu consistans, mais homogènes et colorés. Le péricarde et les plèvres ne présentent aucune trace d'épanchement.

Abdomen. L'estomac n'offre rien de particulier, si ce n'est un peu de rougeur vers le grand cul-de-sac et un peu de ramollissement de la muqueuse. Le reste du canal intestinal est tout à fait sain. Le foie est à l'état normal; il est cependant examiné avec le plus grand soin, et en quelque sorte avec le désir d'y trouver quelque altération, mais l'on ne peut y découvrir ni foyer purulent ni engorgemens sanguins partiels. La rate est volumineuse : elle a six pouces en hauteur et quatre pouces en largeur; sa consistance est normale. Vers son extrémité supérieure, sa coloration change tout à coup dans l'étendue d'un demi-pouce; là il existe une cavité capable de loger une petite noix et remplie par un pus bien lié, d'une consistance de crême un peu épaisse. Ce pus est en rapport immédiat avec la substance propre de l'organe qui paraît plutôt écartée que détruite; autour de ce foyer on voit converger une grande quantité de petits vaisseaux sanguins qui viennent se terminer à l'endroit où cesse le tissu de l'organe. Le reste du tissu de la rate est à l'état normal, excepté vers un point qui occupe la partie moyenne de sa face antérieure. Là son tissu change encore d'aspect. Il n'est plus gris comme dans l'endroit que nous avons décrit plus haut, mais il est brunâtre, plus ferme que dans les régions voisines, et l'on distingue très-bien de nombreux vaisseaux qui convergent vers ce point, et qui, par leur injection, donnent lieu à cet engorgement circonscrit.

Le péritoine ne présente aucune injection ni aucun épanchement ni aucune fausse membrane.

Utérus. Il a le volume à peu près comme la moitié du poing d'un adulte, sa largeur est de deux pouces et demi, et sa hauteur de trois pouces. Ses parois sont fermées et présentent leur coloration naturelle. La face interne de l'organe offre, vers son fond, une petite surface rugueuse et inégale que l'on peut reconnaître bien évidemment pour l'insertion du placenta. Les vaisseaux de l'utérus sont revenus sur eux-mêmes, leur calibre est excessivement petit, et malgré le soin que l'on apporte à les examiner, on ne voit aucune trace de suppuration dans leur intérieur. Le tissu cellulaire qui sépare les deux feuillets du ligament large du côté droit et le tissu cellulaire qui sépare de ce côté l'utérus du petit bassin, est le siége d'une induration très-marquée. Le ligament large de ce côté a perdu aussi toute sa souplesse, a pris une consistance comme fibreuse, et ne permet pas à l'utérus de quitter dans ce sens la cavité pelvienne lorsqu'on le soulève et qu'on l'attire directement en haut. Les veines qui parcourent les ligamens larges, mais surtout celles qui en occupent la partie inférieure, qui vont se jeter dans la veine hypogastrique, sont fortement indurées; elles sont béantes comme des artères et laissent voir dans leur intérieur des caillots fibrineux qui adhèrent fortement à leurs parois. Toutes les ramifications des veines hypogastriques offrent la même altération; leurs parois sont fortement indurées et elles sont remplies de caillots denses et serrés, fortement adhérens aux parois. Ces caillots sont d'un gris tirant légèrement sur le jaune, ils s'écrasent facilement sous le doigt et sont formés de sang en partie décoloré, et d'une matière d'un gris jaunâtre, assez semblable pour sa consistance à de la matière tuberculeuse déjà un peu ramollie. En poursuivant les vaisseaux, on arrive au tronc de la veine hypogastrique qui présente la même altération, ainsi que la veine iliaque primitive, dont les parois sont comme celles de l'artère et qui renferme dans son intérieur la même matière. La veine cave inférieure, beaucoup plus volumineuse que dans l'état ordinaire, est fortement distendue. Ses parois sont fortement épaissies, et cette altération s'étend depuis la bifurcation de la veine cave jusques tout près de son passage derrière le foie. Sa cavité est remplie par des concrétions pseudo-membraneuses épaisses qui adhèrent fortement à ses parois, et qui leurs donnent un aspect granuleux, ainsi que par un long caillot qui, formé entièrement à sa partie inférieure de pseudo-membranes, au milieu desquelles existe du pus en nature, présente vers sa partie supérieure une autre composition; là en effet il est formé par un coagulum sanguin mélangé avec du pus. Du reste, des fausses membranes entourent encore cette dernière partie du caillot, et le font adhérer aux parois du vaisseau. Derrière le foie la veine cave reprend son aspect naturel, et dans les cavités droites du cœur il n'existe rien de particulier, comme nous l'avons déjà vu.

La même altération occupe aussi la partie supérieure de la veine ovarique droite dans l'étendue d'un pouce seulement : tout le reste de la veine suivie jusqu'aux ligamens larges est entièrement sain. La maladie a donc suivi, dans ce point, une marche centrifuge, et s'est propagée de la veine cave dans la veine ovarique.

Ce fait nous paraît intéressant sons beaucrup de rapports. Lors de l'entrée de la malade on pouvait croire à un simple rhumatisme articulaire; cependant, dès cette époque, M. Rostan remarqua quelque chose d'insolite dans la marche de la maladie. Il y avait en effet dès-lors une prostration que l'on n'observe pas ordinairement dans le rhumatisme. La persistance des accidens malgré les moyens employés, l'aggravation des symptômes généraux, quoique l'état local ait semblé plutôt s'améliorer; la circonstance de l'avortement; et enfin plus tard ces frissons irréguliers et excessivement violens firent soupçonner la véritable maladie et le point de départ des accidens.

Si nous jetons un coup-d'œil sur les altérations rencontrées après la mort, nous trouverons encore quelques particularités intéressantes. Nous voyons en effet les veines hypogastriques, la veine iliaque et la veine cave profondément altérées, et contenant dans leur intérieur une grande quantité de pus; et comme conséquence de cette phlébite si étendue, il n'existe que deux articulations qui soient le siége d'une véritable suppuration; nous voyons une escarre d'une petite étendue à la région fessière et sacrée. Du côté des viscères nous ne trouvons aucune trace de suppuration, ni dans les centres nerveux, ni dans les poumons, ni dans le foie. Il existe un seul foyer dans la rate, et un de ces engorgemens sanguins qui précèdent la formation de ces abcès dits métastatiques. Ainsi dans ce cas il n'existe aucun rapport entre l'étendue de la phlébite et le nombre de ces suppurations secondaires. Du reste, ce désaccord entre l'étendue de l'inflammation veineuse et le nombre des foyers purulens secondaires, avait été déjà noté par Dance; car dans la plupart de ses observations, ainsi que dans celles que l'on a publiées depuis ses intéressantes recherches, l'on a souvent trouvé des abcès non-seulement dans les articulations, mais dans les muscles et dans tous les viscères, lorsque la phlébite occupait seulement un pouce ou deux d'une veine très-petite, tandis que l'on a trouvé, comme chez notre malade, dans des phlébites excessivement étendues, des lésions secondaires très-peu considérables.

Une autre question ressort encore de ce fait et de l'examen des altérations veineuses. La maladie a-t-elle commencé par les rameaux qui parcourent le tissu utérin, ou bien a-t-elle frappé de prime-abord les rameaux déjà un peu volumineux qui rampent dans les ligamens larges? Dance, comme on le sait, croyait que la phlébite utérine débutait toujours par les sinus utérins pour se propager ensuite, par sa marche centripète, à des rameaux de plus en plus volumineux, et enfin aux troncs veineux les plus considérables de l'abdomen. Mais ici nous ne trouvons dans les vaisseaux qui rampent au milieu du tissu de l'utérus aucune trace d'altération, rien qui indique qu'ils aient été primitivement affectés, tandis que l'altération commence et est bien manifeste dans l'épaisseur du ligament large et dans la veine hypogastrique. Admettrons-nous que l'inflammation primitivement développée sur les rameaux veineux du tissu utérin, a abandonné ces vaisseaux à mesure qu'elle s'étendait à des rameaux plus volumineux? C'est ce que nous admettrons difficilement, et nous croyons plutôt que l'inflammation a frappé tout d'abord les rameaux des ligamens larges, passant, en quelque sorte, par-dessus les sinus utérins et les rameaux qui serpentent au milieu du tissu de la matrice. En effet, quand des veines ont été enflammées au point de donner lieu à la suppuration de leurs parois, ces veines s'oblitèrent, et c'est par ce seul mécanisme que s'opère la guérison. Or, nous aurions trouvé chez notre malade quelque chose d'analogue à ce que nous avons observé dans les trois faits suivans que nous avons observés à la maison d'accouchemens, faits tout à fait consolans, suivant nous, puisqu'ils prouvent que la phlébite utérine, une fois développée, peut s'arrêter dans sa marche et se terminer par la guérison.

Symptômes de métro-péritonite qui disparaissent. Symptômes d'entérite chronique. Mort. Ulcérations dans le gros intestin. Tubercules pulmonaires. Phlébite utérine guérie. — La nommée Joséphine Dac..., âgée de 19 ans, d'une petite stature, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, bien portante pendant sa grossesse, entre à l'hospice de la Maternité le 4 février 1830, et accouche le 1er mars, après un travail de deux heures. L'enfant présentait les fesses en seconde position. La délivrance n'offrit rien de particulier. Pendant la nuit du deuxième au troisième jour, elle éprouva de légères douleurs à la région hypogastrique.

Le 3 mars, le pouls est fréquent et l'abdomen douloureux vers les fosses iliaques. (20 sangsues de chaque côté de l'hypogastre; bain de siége; cataplasme; lavement.)

Le 4, il y a encore de la douleur et de la fièvre; les lochies sont abondantes, mais la sécrétion du lait ne s'opère point. (30 sangsues sur l'abdomen; bain de siége; cataplasme émollient). Les douleurs disparaissent, mais il se manifeste de la diarrhée pendant la nuit.

Le 5, il reste encore un peu de douleur; la fièvre persiste. On applique trente nouvelles sangsues. Le ventre n'est plus douloureux; mais la diarrhée est très-abondante.

Le 7, le ventre est redevenu douloureux; le pouls est petit et fréquent; la langue est humide, mais un peu rouge. Fréquentes épreintes. (Bain de siége; cataplasme; lavement; gomme édulcorée; bouillon).

Le 8, facies pâle, un peu de prostration; langue humide, un peu rouge vers sa pointe. Pouls petit, régulier, fréquent, marquant 110 pulsations par minute. Abdomen très-sensible dans toute son étendue; la malade a de fréquentes envies d'aller à la garde-robe. (Onguent mercuriel, ℥ ij pour huit frictions sur l'abdomen; demi-lavement d'amidon et de pavot).

Pendant la journée les douleurs abdominales diminuent; mais il y a deux selles en diarrhée.

Le 9, il y a encore de la fièvre, mais le ventre n'est presque plus douloureux. Il n'y a pas de selles. (Deux bouillons; onguent mercuriel, ℥ j pour quatre frictions; bain de siége).

Le 18, la diarrhée a reparu pendant la nuit; le pouls est petit et fréquent. Quant aux douleurs abdominales, elles sont peu intenses. On suspend les frictions. (Bain de siége; cataplasmes; demi-lavement d'amidon et de pavot).

La diarrhée est un peu moins abondante; la malade semble se rétablir; mais le 16 mars la fièvre se rallume; il y a plusieurs selles en diarrhée. Le 12 au matin, la langue est sèche; il y a de la fièvre, des nausées assez fréquentes; le ventre est tendu, douloureux à la pression, surtout dans la région hypogastrique. (Riz; sirop de gomme; potion gommeuse avec sirop diacode, ℥ β; et poudre d'yeux d'écrevisses, gr. xij; demi-lavement d'amidon et de pavot avec laudanum de Rousseau, goutt. vj; bain de siége; onguent napolitain, ℥ j pour quatre frictions sur le ventre).

La malade éprouve encore dans son état une amélioration passagère. Cependant elle s'affaiblit progressivement par la persévérance de la diarrhée. Vers les premiers jours d'avril, elle est très-affaiblie. Depuis ce moment l'on prescrit : (décoction blanche de Sydenham ; eau gazeuse ; potion avec sirop diacode, ℥ β ; extrait de quinquina 3 β).

La malade s'affaiblit toujours, la fièvre persiste ; la langue reste sèche, la diarrhée continue ; des excoriations surviennent au sacrum ; enfin la malade meurt le 10 avril 1830, au quarantième jour de ses couches.

Autopsie, 38 heures après la mort.—On ne remarque à l'extérieur du corps qu'une escarre peu profonde au niveau du sacrum. La *tête* n'offre rien de remarquable.

Thorax. Quelques adhérences anciennes unissent des deux côtés la plèvre costale et la plèvre pulmonaire. Le poumon gauche, crépitant dans toute son étendue, présente vers le centre de son lobe supérieur, une masse tuberculeuse du volume d'une petite noisette, et qui n'a pas encore subi de ramollissement. La plèvre qui revêt le poumon droit est reconverte d'une multitude de petites granulations tuberculeuses.

Le cœur n'a rien de particulier.

Abdomen. On n'aperçoit de remarquable que quelques adhérences celluleuses du grand épiploon avec la matrice. L'estomac est très-petit, mais il est sain d'ailleurs. La muqueuse, qui conserve sa coloration et sa consistance normales, n'est le siége d'aucune altération. Le duodénum et l'intestin grêle ne présentent rien de remarquable. Le gros intestin est malade dans presque toute son étendue. Dans le cœcum il existe seulement une rougeur très-prononcée ; mais dans le colon ascendant, le colon transverse et l'S iliaque du colon, les parois de l'intestin sont fortement hypertrophiées ; la muqueuse offre un grand nombre d'ulcérations de trois ou quatre lignes de diamètre, très-rapprochées les unes des autres ; les unes, très-profondes, s'étendent jusqu'à la membrane séreuse ; les autres, plus superficielles, plus pâles, présentant une sorte de plissement de la muqueuse environnante, semblent avoir subi un commencement de cicatrisation.

Le *foie* est sain. Il en est de même des autres viscères abdominaux.

L'*utérus* est presque entièrement revenu à son volume naturel. Il a deux pouces de haut sur un pouce et demi de large. Sa teinte est généralement d'un blanc tirant sur le gris ; mais sur les parties latérales de sa face antérieure, sa couleur est d'un brun très-foncé : il existe là comme des points d'ecchymose. Ces points incisés laissent apercevoir de nombreux vaisseaux veineux remplis de sang. Le tissu de l'utérus a repris tous ses caractères ; sa surface interne est rosée et ne présente aucune altération.

Dans trois points différens des faces antérieure et postérieure de l'organe, on aperçoit près des bords latéraux et au-devant de la naissance des ligamens larges et du ligament rond, dans l'épaisseur même des parois de l'utérus, lorsqu'on les incise, de petits cylindres d'un jaune légèrement grisâtre, qui se ramifient dans le tissu de l'utérus. En les examinant avec soin, on peut reconnaître facilement que ces cylindres sont formés par des veines utérines qui renferment dans leur intérieur un pus concret solide, analogue à une fausse membrane dont l'organisation est déjà fort avancée. Du reste, il est impossible d'isoler cette production pseudo-membraneuse de la paroi des veines dont elle remplit exactement la cavité, et l'ovaire du côté droit est très-petit, il est atrophié ; celui du côté gauche est très-mince et ne présente pas sa largeur habituelle. Dans les deux, le tissu paraît être sain.

Symptômes de métro-péritonite avec phlébite utérine. Traitement par les antiphlogistiques et par les frictions mercurielles. Entérite chronique. Mort. Ulcérations dans le gros intestin. Phlébite guérie. — La nommée Fanny Rev..., domestique, âgée de 17 ans, d'une constitution assez forte, bien portante pendant sa grossesse, entre à la Maison d'accouchement le 22 décembre 1829, et accouche le 5 février 1830. Après un travail de cinq heures, l'enfant naît vivant, présentant la face en quatrième position. La délivrance est naturelle.

Pendant les deux premiers jours qui suivent l'accouchement, l'état de la malade est satisfaisant. Le troisième jour il survient dans le jour un frisson qui est suivi de douleurs et de tension à l'hypogastre. (40 sangsues ; bain de siége). Cette évacuation sanguine est suivie d'un soulagement de courte durée, et pendant la nuit les douleurs deviennent plus vives.

Le 9 au matin, décubitus dorsal ; face abattue et altérée ; pouls petit et fréquent ; chaleur à la peau ; langue sèche ; abdomen tendu, douloureux. La percussion médiate donne déjà tous les signes d'un épanchement. Diarrhée ; peu de lochies. La sécrétion du lait n'a pas lieu. (Riz avec sirop de gomme, trois pots. Potion gommeuse avec diascordium 3β ; deux vésicatoires aux cuisses. Onguent mercuriel, ℥ iij pour douze frictions ; bain de siége ; demi-lavement d'amidon et de pavot avec laudanum de Rousseau, goutt. iv).

Le 10 février, face pâle ; traits profondément altérés ; langue sèche ; pouls petit et fréquent. L'abdomen est un peu moins sensible à la pression ; lochies puriformes et d'une odeur désagréable. Pas de selles. La sécrétion du lait commence à s'opérer. (Gomme avec sirop, trois pots ; potion gommeuse ; bain de siége ; onguent napolitain, ℥ ij pour huit frictions ; demi-lavement d'amidon et de pavot avec laudanum de Rousseau, goutt. iv).

Le 11, face pâle ; langue visqueuse tendant à la sécheresse ; pouls fréquent. La région hypogastrique est un peu plus sensible à la pression qu'elle ne l'était la veille. Diarrhée : lochies séreuses. La sécrétion du lait continue à se faire. Les grandes lèvres sont tuméfiées et douloureuses (Riz ; sirop de gomme ; potion gommeuse avec sirop diacode, ℥ β ; bain de siége ; demi-lavement d'amidon et de pavot avec laudanum de Rousseau, goutt. iv ; onguent mercuriel, ℥ j).

Pendant la nuit, le sommeil est fréquemment interrompu et les selles sont fréquentes.

Le 12, langue visqueuse ; pouls petit, fréquent. Abdomen encore un peu sensible à l'hypogastre ; diarrhée

très-abondante. Des escarres commencent à se montrer sur la face interne des grandes lèvres. (Même prescription que la veille).

Les 13 et 14, la diarrhée est très-abondante; l'abdomen, un peu sensible à la pression, est légèrement ballonné. Le pouls est petit et fréquent; la langue est rouge; elle tend à la sécheresse, et la malade s'affaiblit.

Le 15, prostration très-considérable; langue sèche, encroûtée d'un enduit fuligineux épais; parole difficile; pouls petit et fréquent; abdomen tendu, mais tout à fait insensible à la pression; selles fréquentes, involontaires; peu de lochies. (Riz; sirop de gomme, un pot; potion gommeuse avec diascodium ℥ß; demi-lavement d'amidon et de pavot avec laudanum de Rousseau, goutt. iv).

Le 16, face sans expression; langue sèche et brunâtre; extrémités froides; évacuations alvines involontaires. La malade meurt dans la journée.

Autopsie, 30 *heures après la mort.* — L'examen de la tête et de la poitrine n'offre rien qui soit digne d'être noté.

Abdomen. Aucune trace d'épanchement, mais adhérences déjà solides entre le cœcum, l'intestin grêle et la fosse iliaque droite.

Estomac présentant une rougeur très-marquée vers son orifice œsophagien; ramollissement léger de la muqueuse vers le grand cul de sac. Rien dans le duodénum ni dans l'intestin grêle.

Gros intestins. Le cœcum offre de la rougeur dans certains points. Ses parois sont amincies, mais il n'y a pas d'ulcérations. Le colon dans toute son étendue est profondément altéré. Ses parois sont épaissies; elles ont environ deux lignes d'épaisseur. La muqueuse a perdu son aspect habituel. Des matières fécales y adhèrent très-intimement et la recouvrent dans la totalité de son étendue; soumise au lavage elle présente au-dessous de cette couche de matières fécales une couche de pseudo-membranes que l'on enlève en râclant avec un scalpel. Au-dessous, la surface de la muqueuse est rugueuse et inégale, ce qui est dû à la présence de nombreuses ulcérations qui s'étendent à toute l'épaisseur de cette membrane. Cette altération se continue jusqu'au rectum.

Utérus. Il est revenu en grande partie sur lui-même. Il n'a plus que quatre pouces de haut sur trois pouces de large. Les parois sont peu épaisses, la face interne est couverte de lochies puriformes d'une odeur désagréable. Vers les angles supérieurs de cette surface interne il existe un ramollissement très-léger et très-superficiel. L'insertion du placenta n'offre rien de particulier. Il n'existe pas de pus dans les vaisseaux lymphatiques. En dedans des ligamens larges, sur la face antérieure et postérieure de la matrice, on aperçoit, lorsqu'on incise les parois de l'organe, des vaisseaux remplis de pus concrété analogue aux fausses membranes. Cette fausse membrane, qui remplit entièrement ces vaisseaux, adhère à leur face interne, de sorte qu'ils se trouvent convertis en cylindres pleins, d'un gris-jaunâtre et qui se répandent dans le tissu de l'utérus. L'altération ne s'étend pas plus loin, et les gros troncs veineux sont à l'état normal.

Les autres organes sont parfaitement sains.

Nous avons eu l'occasion d'observer les mêmes particularités chez une malade qui succomba trois semaines après son accouchement. Cette femme, qui avait été soumise à l'application du forceps, éprouva les symptômes d'une métro-péritonite violente, qui disparurent à la suite du traitement antiphlogistique. La fièvre persista longtemps ainsi qu'une incontinence d'urine à laquelle rien ne put remédier. Des escarres survinrent au sacrum et aux trochanters, et la malade succomba.

Les détails de l'autopsie ont été recueillis avec soin; quant à l'histoire de la maladie, elle n'avait été prise que très-imparfaitement. Voici ce que l'on observa à l'ouverture du cadavre.

L'extérieur du corps présentait des escarres gangréneuses au niveau du sacrum et des trochanters. La région sacrée était occupée par une plaie profonde couverte d'un pus sanieux. Au fond, l'on apercevait l'extrémité inférieure du sacrum entièrement à nu et une portion du coccyx. L'articulation sacro-coccygienne était remplie de pus; les ligamens étaient détruits et les deux os étaient mobiles l'un sur l'autre

La tête et la poitrine n'offraient rien de particulier.

Le péritoine ne présentait pas de sérosité; des filamens membraneux unissaient entre elles plusieurs anses d'intestin grêle et le grand épiploon avec la face interne de la matrice. Les parois de l'estomac offraient une teinte rouge générale. Du reste, elles n'étaient pas ramollies. Le reste du canal intestinal était sain. Il existait seulement de la rougeur dans le cœcum et dans le colon ascendant, mais il n'y avait pas d'ulcérations.

L'utérus était petit, revenu entièrement sur lui-même; sa face antérieure adhérait au grand épiploon, et des filamens membraneux unissaient sa face postérieure au rectum. Du côté gauche, le ligament rond, l'ovaire et la trompe étaient fixés à la fosse iliaque par des adhérences solides. La surface interne de l'utérus était noirâtre, comme ecchymosée. Du reste, le tissu propre de l'organe conservait toute sa consistance. En incisant les parois de la matrice, l'on apercevait dans certains points des lignes d'un blanc jaunâtre que l'on pouvait suivre par la dissection dans une assez grande étendue. Ces lignes étaient formées par les veines utérines remplies d'un pus pseudo-membraneux. Du reste, il était impossible d'isoler cette substance des parois veineuses avec lesquelles elle faisait corps. L'altération des veines ne s'étendait même pas aux ligamens larges.

La paroi antérieure du vagin et le bas-fond de la vessie étaient largement perforés, et ces deux organes communiquaient entre eux. Dans le méso-rectum il existait un petit foyer purulent capable de loger une noix.

L'on peut étudier dans ces trois faits le mécanisme par lequel s'opère la guérison de la phlébite utérine. On peut voir que c'est par suite d'une secrétion pseudo-membraneuse, laquelle oblitère complétement le vaisseau et le convertit en un cylindre solide qui ne peut plus

transmettre la matière purulente aux branches plus volumineuses. Mais outre ce fait qui peut modifier le pronostic de cette maladie qui paraissait entièrement au-dessus des ressources de l'art, il en ressort encore cette autre conséquence, c'est que lorsque la phlébite s'est ainsi terminée par la guérison, on en retrouve les traces même deux mois après l'invasion de la maladie, comme dans la première de nos observations de guérison.

Observation d'anomalies anatomiques remarquables de l'appareil circulatoire, avec hépatocèle congéniale, n'ayant donné lieu pendant la vie à aucun symptôme particulier; suivie de réflexions, par M. le docteur Raoul Chassinat.

Le sujet de cette observation est une petite fille qui fut apportée à la clinique d'accouchement de la Faculté de médecine, le 7 septembre 1835. Elle était née depuis 24 heures : faible et chétive, elle n'avait guère plus de vitalité qu'un enfant né au septième ou huitième mois de la vie intra-utérine. Cependant sa mère assura qu'elle était à terme; et le développement de la peau, des ongles, et divers autres signes de maturité, appuyaient son assertion. Cette enfant portait une hernie ombilicale congéniale, et c'était contre cette affection que l'on venait réclamer les secours de l'art.

Examinée à l'instant même, elle a présenté l'état suivant :

L'anneau ombilical était large comme une pièce de cinq francs, parfaitement circulaire, faisant au-dessus du niveau des parois abdominales une saillie de deux lignes environ, en formant un bourrelet charnu coloré en rouge, assez sensible extérieurement. Ce bourrelet environnait et étranglait, de manière à y tracer un sillon circulaire assez profond, une tumeur pédiculée, arrondie, légèrement comprimée d'avant en arrière, de deux pouces environ dans tous ses diamètres; les dimensions du pédicule, un peu moins considérables, étaient celles de l'anneau ombilical qui l'entourait exactement, c'est-à-dire, un pouce et quelques lignes. Cette tumeur, assez molle au toucher, mais nullement fluctuante, ni élastique, ne donnant qu'un son mat à la percussion, avait une couleur brune dans toute son étendue, excepté un peu à gauche, où la couleur était d'un blanc-jaunâtre. Elle paraissait constituée par une portion d'un ou de plusieurs viscères abdominaux renfermés dans une poche membraneuse dont les parois peu épaisses, presque transparentes, étaient formées en partie par les tuniques du cordon ombilical, énormement dilatées. Cette dilatation cessait brusquement à la surface de la tumeur, et à partir de ce point le cordon offrait le volume ordinaire, 4 à 5 lignes de diamètre.

A sa coloration, à sa consistance, et à ses autres caractères physiques, aussi bien qu'à son siége (en tenant compte de l'âge du sujet), il était jusqu'à un certain point facile, après un examen attentif, de reconnaître que cette tumeur était formée, sinon en totalité, du moins en grande partie, surtout à droite et en avant, par une portion assez considérable du foie. A gauche il n'était pas aussi facile de distinguer les organes qui se trouvaient hors de la cavité abdominale, car c'était de ce côté que se dirigeaient les vaisseaux ombilicaux pour entrer dans l'abdomen, en glissant sur la partie latérale gauche du bourrelet charnu constitué par l'anneau ombilical dilaté. Ces vaisseaux et le tissu cellulaire qui les accompagne, donnaient lieu à une espèce de ruban assez large et assez opaque pour empêcher de distinguer les parties qui se trouvaient au-dessous de lui.

La tumeur herniaire était continuellement agitée par les mouvemens respiratoires qui avaient une fréquence et une étendue à peu près normales, surtout en tenant compte de la faiblesse générale de l'enfant. Elle n'était pas douloureuse au toucher, à travers les vêtemens, mais aussitôt qu'elle était exposée au contact de l'air extérieur, l'enfant poussait des cris aigus, ce qu'on pouvait attribuer à l'action du froid sur la surface du corps mis à nu. Toutes les autres fonctions organiques paraissaient du reste s'exécuter d'une manière naturelle. Cependant la petite malade ne pouvait pas saisir le mamelon.

Quelles avaient été les causes sous l'influence desquelles cette hernie s'était développée? On ne pouvait la considérer comme due à un arrêt de développement des parois abdominales, d'où serait résulté une éventration; car ces parties, à part la dilatation de l'anneau ombilical, étaient parfaitement conformées d'ailleurs. D'une autre part, la mère, jeune, grande et forte femme, avait joui de la meilleure santé pendant sa grossesse; elle n'avait jamais fait de chute ni éprouvé aucune espèce de violence extérieure. Il fut donc impossible de rien établir de positif sur les causes prochaines ou éloignées de cette affection.

On couvrit l'enfant de vêtemens chauds, on entoura de coton cardé ses petits membres; et, pour tout traitement, on se contenta d'appliquer sur la tumeur une compresse enduite de cérat, et de recouvrir le tout avec un morceau de taffetas gommé.

Jusqu'au lendemain dans l'après-midi, on ne put faire téter la petite malade; cependant elle avala très-bien le lait que la nourrice lui fit couler dans la bouche; mais le soir de ce même jour elle téta bien, et s'endormit d'un sommeil paisible.

Les jours suivans, la membrane qui servait d'enveloppe à la tumeur changea d'aspect; elle perdit peu-à-peu sa transparence, s'épaissit; le bout de cordon ombilical qui portait une ligature devint noirâtre, et exhala une odeur très-désagréable. La tumeur herniaire du reste conservait toujours le même volume.

Le vendredi 12, on comprima légèrement la tumeur avec des bandelettes de diachylon gommé placées en croix sur elle, afin de tenter une espèce de réduction. Durant l'application du petit appareil, l'enfant poussa des cris aigus, sa face se grippa, il s'agita beaucoup. Mais le pansement terminé il se calma, prit le sein avec avidité, et téta comme l'enfant le mieux portant. Les

jours suivans, il ne présenta aucun phénomène extraordinaire, l'appétit se soutint, les selles furent naturelles, il n'y eut pas de vomissement. La tumeur continua de répandre une odeur de putréfaction insupportable. On ne toucha pas à l'appareil qui la comprimait.

Le 17, cet appareil fut levé, après être resté appliqué pendant cinq jours. Le cordon ombilical était tombé; mais la portion qui enveloppait les parties herniées, ne s'était détachée qu'en partie, et il en restait encore des lambeaux assez larges sur la tumeur; ils étaient sphacélés et blanchâtres. Sur les points où les tuniques du cordon étaient tout à fait enlevées, on remarquait une autre membrane jaunâtre, opaque, qui paraissait être le péritoine altéré, épaissi. Le volume de la tumeur était le même qu'avant l'application du petit appareil, seulement elle semblait moins saillante, ce qui était dû à son aplatissement, et aussi à l'enfoncement des parois abdominales qui étaient sensiblement déprimées vers la colonne vertébrale. Depuis la veille il existait une diarrhée verte très-abondante; les lèvres et la langue étaient sèches et fendillées; il y avait tous les signes d'une inflammation intestinale. Cependant l'appétit se soutenait, et la petite malade paraissait assez calme quand on ne la touchait pas.

Les deux jours suivans, les phénomènes d'entérite s'exaspérèrent; la diarrhée augmenta, l'affaissement, la prostration survinrent, et l'enfant succomba le samedi 19, à trois heures de l'après-midi, après avoir vécu douze jours.

Je noterai qu'à aucune époque de sa vie, la petite malade n'a offert la moindre trace de cyanose. Elle respirait assez bien, comme je l'ai dit, et l'hématose ne semblait éprouver aucun obstacle à son parfait accomplissement.

L'autopsie cadavérique fut faite le lendemain.

La couleur générale du cadavre était pâle; quelques vergetures hypostatiques existaient seulement sur les parties postérieures et déclives.

Examen de la hernie. — La tumeur était recouverte de lambeaux membraneux jaunâtres, semblables aux fausses membranes qui se développent sur les séreuses enflammées, quoique cependant un peu plus résistans. Ces lambeaux n'étaient autre chose que des fragmens de tuniques du cordon ombilical, infiltrés de pus et putréfiés. Le péritoine constituait la partie la plus intérieure du sac herniaire: on le voyait manifestement se détacher des parois abdominales, au niveau de l'ouverture ombilicale, pour se prolonger sur la tumeur où il était facile de le suivre. Il était un peu épaissi, opaque, et adhérait intimement aux lambeaux membraneux du cordon. A la partie inférieure de l'anneau on trouvait les vaisseaux ombilicaux, ainsi que l'ouraque, oblitérés presqu'entièrement.

La tumeur était formée par une portion considérable du *foie*, spécialement par la portion gauche. La pression que le pourtour de l'anneau ombilical avait exercée sur lui, y avait tracé un sillon profond, duquel partaient, en rayonnant, quelques plis longitudinaux de six à neuf lignes de longueur. Ce sillon divisait l'organe en deux portions inégales, dont celle du côté gauche était la plus considérable. Malgré l'état dans lequel se trouvait cette glande, les fonctions n'avaient pas paru modifiées pendant la vie. Il n'y avait pas eu trace d'ictère; les urines, les matières des déjections alvines, avaient eu une couleur normale, et même dans les derniers jours, comme je l'ai dit, ces matières avaient présenté une coloration verte des plus marquée. Il est vrai de dire que le tissu du foie, même dans la partie herniée, avait la couleur et la consistance normales; il ne semblait nullement altéré, excepté toutefois à sa surface, dans les points qui étaient en contact avec le sac herniaire, à l'altération duquel il paraissait avoir participé.

Outre le foie, on trouva encore dans le sac herniaire une petite portion de la vésicule biliaire, et un peu à gauche et inférieurement un petit lambeau du *grand épiploon*. Mais il n'y avait pas la plus petite anse d'intestin; ce qui explique sans doute la régularité des fonctions de ce viscère durant la vie.

L'anneau ombilical, à part son énorme dilatation; était constitué, comme à l'ordinaire, par les membranes abdominales et la peau. Les *muscles droits* étaient distans des bords de cet anneau, d'un bon demi-pouce; ils se rapprochaient peu à peu au-dessous de lui, et devenaient à peu près contigus à peu de distance de leur insertion pubienne.

Le *canal intestinal* ne fut pas ouvert. Cependant, eu égard aux phénomènes inflammatoires qui se manifestèrent dans les derniers jours de la vie, je suis porté à croire qu'il était vivement enflammé, et que cette inflammation a été en grande partie la cause de la mort.

Les organes circulatoires présentèrent les anomalies les plus curieuses, et c'est surtout cette partie de l'autopsie cadavérique qui m'a paru mériter de fixer l'attention des anatomo-pathologistes.

Le *cœur*, d'un volume un peu plus considérable que ne semblaient le comporter la stature et le développement du sujet, avait trois cavités ventriculaires bien distinctes.

Le *ventricule gauche* était à l'état normal, ainsi que la valvule mitrale et la cloison qui le séparait du ventricule droit. Il s'ouvrait dans l'aorte comme à l'ordinaire.

Mais le *ventricule droit* était double: de ses deux cavités, l'une était antérieure et plus petite que l'autre qui était latérale et un peu postérieure. Séparées, dans leur moitié inférieure, par une cloison peu épaisse, ces deux cavités s'ouvraient, l'une dans l'autre, à leur partie supérieure, par une ouverture à bords arrondis et lisses, surtout à la partie gauche; cette ouverture avait environ trois lignes de diamètre. La cavité postérieure communiquait avec l'oreille droite qui s'y ouvrait, comme à l'ordinaire, avec son appareil valvulaire à l'état normal. La cavité antérieure s'ouvrait dans l'aorte, au-dessus des valvules sigmoïdes, qui avaient la forme, l'étendue et le nombre normaux. De cette manière cette cavité communiquait avec le ventricule gauche, au moyen d'une ouverture elliptique circonscrite inférieurement par une espèce d'arête lisse et polie formée par la partie supérieure de la cloison ventriculaire.

L'*aorte* naissait donc à la fois du ventricule gauche et du ventricule droit. Ce vaisseau, à son origine, avait un diamètre beaucoup plus considérable qu'il n'aurait dû l'être proportionnellement aux autres parties de l'appareil circulatoire ; ce diamètre avait cinq lignes environ. Ce volume augmentait encore à une ligne au-dessus des valvules sigmoïdes, et là, du côté droit, existait une dilatation comme anévrysmale, assez considérable pour faire une saillie d'une ligne au moins au-dessus du niveau du reste du vaisseau. La dilatation portait sur les trois tuniques de l'artère ; elles n'étaient nullement altérées dans leur texture. En un mot, on trouvait ici une image en petit de ces dilatations de l'aorte, près de son origine, que l'on observe chez certains vieillards affectés d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, dilatations qui dépendent du choc trop violent du sang contre les parois du vaisseau. Ici la dilatation était due absolument à la même cause. Le sang frappait avec trop de force l'aorte, pour la résistance qu'elle pouvait offrir, non pas par suite d'une hypertrophie du ventricule gauche, mais parce que ce sang se trouvant projeté à la fois par les deux ventricules, la force d'impulsion, comme on le comprend aisément, devenait alors double de ce qu'elle eût été dans l'état de bonne conformation du cœur, et elle se trouvait être au moins égale à celle qui eût existé si le ventricule gauche eût été frappé d'une notable hypertrophie. L'aorte, dans le reste de son étendue, et les branches qui en naissaient, n'offraient rien de particulier à noter.

Le *canal artériel*, encore ouvert, pouvait admettre une forte plume de corbeau. Il se continuait directement avec l'artère pulmonaire du côté gauche, qui avait un volume normal. Un peu au-dessous se trouvait le point d'union de l'artère pulmonaire du côté droit, plus considérable que celle du côté gauche, et du tronc de l'artère pulmonaire.

Ce *tronc* était à l'état rudimentaire : il consistait seulement en un petit cordon fibro-celluleux d'un demi-pouce de longueur au plus, dont le volume allait en diminuant de haut en bas, depuis une ligne jusqu'à une demi-ligne de diamètre qu'il présentait à son milieu, pour s'élargir un peu dans le reste de son trajet. Sa cavité était infundibuliforme ; elle n'existait que jusqu'à une ligne et demie ou deux lignes au-dessus de son point d'origine. Ses parois flasques, minces, offraient à peine, surtout inférieurement, la consistance des parois veineuses. Ce rudiment d'artère pulmonaire naissait de la partie supérieure et gauche de la cavité antérieure du ventricule droit, elle ne s'ouvrait pas dans cette cavité : un petit cul-de-sac à peine apercevable, indiquait où aurait dû exister son ouverture.

Certainement le système vasculaire artériel nous a offert des anomalies anatomiques bien curieuses ; mais des faits de ce genre ont déjà été observés, et un grand nombre se trouvent consignés dans les annales de la science ; seulement ce qu'il pourrait y avoir de remarquable ici, ce serait la réunion de plusieurs de ces vices de conformation sur le même sujet, ce qui au reste a encore été rencontré, quoique plus rarement. Mais je ne sache pas qu'il existe un seul exemple bien constaté de ce que va nous montrer la dissection de l'appareil veineux central.

L'oreillette droite avait une capacité considérable et presque double de celle de l'oreillette gauche. Elle était tapissée dans presque toute son étendue par une concrétion fibrineuse membraniforme, jaunâtre, consistante, d'une demi-ligne d'épaisseur dans certains points, adhérente aux colonnes charnues dont elle remplissait exactement les interstices. Ces caractères distinguaient cette petite masse fibrineuse de ces concrétions polypiformes qui se rencontrent si souvent sur les cadavres dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux, et qui sont dues à une coagulation du sang survenue après la mort, ou tout au plus dans les derniers instans de la vie. Celle dont je parle était beaucoup plus ancienne ; elle se prolongeait jusque dans la cavité postérieure du ventricule droit qui en contenait des lambeaux. Le *trou de Botal*, largement ouvert, pouvant admettre l'extrémité du petit doigt, faisait communiquer les deux oreillettes de manière à n'en former, pour ainsi dire, qu'une même cavité, à peine interrompue à son niveau par un petit diaphragme circulaire très-peu saillant. Les *veines caves* s'ouvraient dans l'oreillette comme à l'ordinaire ; leurs ouvertures ne présentaient rien de particulier, ainsi que la valvule d'Eustachi, qui offrait seulement l'étendue remarquable qu'elle a naturellement à cet âge, en proportion des autres parties.

L'oreillette gauche ne recevait qu'une veine pulmonaire : c'était celle du côté gauche. Mais cette veine était volumineuse. Le système veineux pulmonaire du côté droit se réduisait aussi à un vaisseau unique, qui, au lieu de se rendre dans l'oreillette gauche (et c'est là cette anomalie que je crois n'avoir jamais été observée encore), se séparait de la base du poumon, à sa partie inférieure et un peu antérieure, après avoir existé indivis dans une étendue de deux à trois lignes environ, dans le parenchyme de l'organe ; puis ce tronc veineux, de la grosseur d'une plume à écrire de moyen calibre, traversait le diaphragme par une ouverture particulière et venait se confondre avec la veine cave ascendante au-dessus du point d'union de ce vaisseau avec les veines sus-hépatiques.

La veine cave descendante continuait son trajet à gauche de la veine que je viens de décrire en formant avec elle un angle très-aigu ; elle traversait le diaphragme par l'ouverture qui lui est propre, et se rendait à l'oreillette droite comme déjà je l'ai dit.

De cette manière, cette oreillette, outre le sang veineux des parties inférieures et supérieures du corps apporté par les deux veines caves, recevait encore le sang artérialisé par le poumon droit. N'est-ce pas à cette surabondance de sang reçu par l'oreillette qu'il faut attribuer la notable dilatation dont elle était le siége ? Et ne pourrait-on pas attribuer à une stase du sang nécessaire alors, par suite à la diminution de contractilité de l'oreillette, dépendant de sa dilatation, cette concrétion sanguine déjà ancienne et presque organisée que renfermait sa cavité ? Je crois qu'à ces

deux questions on peut répondre par l'affirmative.

La circulation dans le foie et les autres viscères n'offrait rien d'anormal.

De ces vices d'organisation du système vasculaire sanguin résultait un mélange complet du sang artériel et du sang veineux. En effet, il y avait communication des deux ventricules qui poussaient simultanément le sang qu'ils contenaient dans l'aorte; une partie de ce sang, à moitié veineux et à moitié artériel, était envoyée au poumon par le canal artériel persistant, et destinée à suppléer le tronc de l'artère pulmonaire oblitéré et à l'état rudimentaire; l'autre portion allait aux différens organes, en suivant les ramifications de l'aorte. En outre, le sang revivifié par le poumon gauche, revenait à l'oreillette gauche, et se mêlait par le trou de Botal largement ouvert avec celui que contenait l'oreillette droite, lequel à son tour n'était pas entièrement noir; car il résultait du mélange du sang apporté par les deux veines caves et les artères coronaires du cœur avec le sang revivifié par le poumon droit et versé dans la veine cave ascendante par la veine pulmonaire droite. Je le répète donc, le mélange du sang veineux avec le sang artériel était le plus complet possible, et pourtant il n'y avait jamais eu, à aucune époque de la vie, la plus petite trace de *cyanose*. Cette observation aurait certainement, sous ce rapport, paru bien étonnante il y a quelques années, surtout avant la publication du mémoire de M. Louis; mais aujourd'hui la question n'est plus là, et l'on serait peut-être tenté de regarder comme rares et extraordinaires, non plus les cas où la communication du système à sang rouge et du système à sang noir (sans complication toutefois d'une autre altération du cœur), n'a pas été accompagnée de cyanose, mais bien ceux dans lesquels ces deux phénomènes ont existé simultanément, et comme conséquence évidente et immédiate l'un de l'autre.

La pièce pathologique que je viens de décrire existe encore, mais dans un état déjà avancé de putréfaction, dans le petit musée anatomo-pathologique de la Clinique d'accouchemens de la Faculté.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE

HOMŒOPATHIQUE.

MARS 1836.

Observation de squirrhe du col de l'utérus, avec ulcération de cet organe; par le docteur Davet.

Une jeune dame anglaise, âgée de 28 ans, brune, d'un tempérament lymphatico-nerveux, s'était toujours bien portée jusqu'à sa première couche, qui eut pour suites des douleurs de reins fréquentes, élancemens à la matrice, écoulement leucorrhéique lactiforme, douleurs dans les aînes et les cuisses, perte d'appétit, insomnie, amaigrissement. Ces malaises s'étant changés en véritables souffrances, elle vint à Paris, il y a près de trois ans, pour y recevoir les soins des chirurgiens les plus habiles de la capitale; aucun moyen ne fut négligé pour la rendre à la santé; sangsues sur le col de la matrice, petites saignées du bras, de mois en mois, douches ascendantes, bains de siége émolliens et narcotiques, demi-lavemens de graine de lin et de têtes de pavot, cataplasmes sur le bas-ventre, boissons rafraîchissantes, repos absolu, etc.; mais tout fut inutile; la maladie faisait des progrès lents, il est vrai, mais sûrs, et on s'attendait à une catastrophe prochaine, lorsque je fus appelé pour donner des soins à la malade, que je trouvai dans l'état suivant : Aspect cadavéreux, maigreur effrayante, teint jaune-paille, yeux caves, ternes, mornes, entourés d'un cercle bleuâtre, pupilles dilatées, peau jaune, flétrie et si sensible que le poids seul des draps l'incommode, faiblesse qui lui permet à peine de se tenir sur les jambes, elle marche courbée en avant; pouls petit, faible, à 90; tristesse, morosité, instabilité; sensibilité du cuir chevelu, qui l'oblige à oter souvent son peigne, douleurs de pression et de brûlure à la nuque, faiblesse de la vue, éblouissemens, bourdonnemens d'oreilles, finesse de l'odorat, lèvres sèches, bouche pâteuse et amère, anorexie, soif vive par momens, soif pour les acides, langue sèche, fendillée, rapports sans odeur et sans goût, digestions lentes, difficiles, avec pesanteur de l'estomac; coliques venteuses, sentiment de pression sur le fondement, constipation opiniâtre; douleurs élançantes sous les fausses côtes, douleurs lancinantes se propageant de la région des reins vers les lombes et les hanches, dans la direction du muscle fascia lata et dans toute l'étendue du plexus crural, élancemens à la matrice, sentiment de brûlure presque constant à la matrice, écoulement roussâtre abondant, âcre, fétide, tachant le linge en brun, sortie fréquente de caillots de sang; les règles manquent depuis longtemps, douleurs vives de tension, de déchirement dans les aînes, à l'endroit où les ligamens larges viennent s'insérer dans l'anneau inguinal, infiltration des pieds et des jambes. Le toucher fait découvrir une altération du col de l'utérus, qui est dur, boursouflé, insensible, près de deux fois aussi volumineux que dans l'état naturel, et une ulcération à la lèvre supérieure du museau de tanche, saignant au plus léger attouchement. Qui n'aurait pas reculé devant une réunion aussi formidable de symptômes, qui ne se le disputaient que par leur plus ou moins de gravité; c'était, certes, mettre l'homœopathie à une rude épreuve, surtout en passant en revue tout ce qui avait été fait jusque-là sans succès; et cependant telle était ma confiance dans la bonté de la cause que nous défendons, que je n'hésitai point à assumer sur moi la responsabilité de cette entreprise aventureuse. Je débutai par *bell.* le 17 août 1834. Les effets de cette première dose eurent quelque chose de magique; dès la première nuit, la malade dormit d'un profond sommeil, si tranquille, si calme et si rafraîchissant, qu'à son réveil elle crut un instant que toute sa maladie n'avait été qu'un rêve pénible; les narcotiques les plus actifs n'en avaient jamais provoqué de semblable; sa bouche était plus fraîche, son haleine plus pure, et, pour la première fois depuis bien longtemps, elle avait un véritable désir de prendre des alimens. Pendant les trois semaines que je laissai agir ce médicament, l'appétit se développa d'une manière remarquable; la malade était obligée de manger toutes les deux ou trois heures, ses digestions étaient fort bonnes, elle engraissait à vue d'œil, son visage avait perdu cette teinte jaune-paille qui décèle si souvent une lésion organique grave; elle renaissait à la vie et à la santé, mais il y avait encore des momens bien pénibles où les douleurs, se réveillant avec force, la plongeaient dans le découragement, le cuir chevelu était resté très-sensible, il y avait encore sentiment fatigant de brûlure à la nuque, yeux souvent terne, entourés d'un cercle bleuâtre, soif violente, désir d'eau fraîche et d'acides, hémorrhoïdes douloureuses, sensation comme si les intestins voulaient sortir, élancemens brûlans dans la matrice, écoulement âcre, gonflement de la vulve, douleurs élançantes sous les fausses côtes, douleur de fatigue dans les reins, douleur de brûlure dans les aînes et tiraillement comme d'une griffe qui serre, douleur de fatigue dans les cuisses, poids de cent livres dans les cuisses, jusqu'au mollet, crampes dans les mollets, faiblesse extrême, irritabilité et peur de la mort. Elle reçut *ars*, le 14 mai. Demangeaisons à la tête et sur tout le corps, migraine, pression dans les tempes, aggravée

par le mouvement, chaleur et picotement dans les yeux qui oblige à les frotter, impossibilité de s'occuper, salivation, soif moins vive, appétit très-fort, borborygmes, constipation, grande diminution de l'écoulement, idées érotiques plusieurs matins de suite, palpitations de cœur, sueur et douleurs aux reins et aux aînes, irritabilité et propension à la colère.

Plat., le 8 juin. Les douleurs ne reviennent plus qu'à de longs intervalles, les idées érotiques ont disparu, les règles reparaissent, accompagnées de crampes dans le bas-ventre; tout allait assez bien, lorsqu'un accès de colère vint troubler les digestions, rendre la bouche amère, donner des nausées et un sentiment de poids à l'épigastre. Elle reçut *chamom.*, le 2 juillet. Déjà j'avais eu plusieurs fois occasion d'observer que certains médicamens jouissent de la propriété singulière de produire une sorte d'engourdissement moral, une espèce d'indifférence pour tous les accidens de la vie, qui permet d'entendre avec calme les nouvelles les plus affligeantes, et en fait supporter les conséquences avec résignation; les effets de la camomille sur ma malade donnèrent un degré de certitude de plus à ces observations; nerveuse à l'excès, et douée d'une sensibilité exquise, elle apprit sans sourciller, et sans en paraître le moins du monde affectée, un accident fort grave arrivé à une personne qu'elle chérissait tendrement; du reste, tous les troubles digestifs avaient disparu. Je terminai cette cure intéressante par deux doses d'*ars.*, dont je trouvai l'indication dans la sensation de brûlure qui accompagnait la plupart des douleurs, assez légères du reste, qui reparaissaient de temps en temps à la nuque, aux reins, dans les aînes, et aux organes extérieurs de la génération. Après trois mois de traitement, ma malade put supporter les fatigues d'un voyage assez long, et toutes les nouvelles qui m'en sont parvenues depuis le moment de son départ, m'ont confirmé dans la croyance que la guérison avait été radicale.

Sur l'emploi de la Bryone; par le docteur F. Hartmann.

La racine de bryone, seule partie de la plante qu'on emploie en homœopathie, est longue, presque fusiforme, très-volumineuse, souvent plus grosse que le bras, obtuse à l'extrémité, quelquefois rameuse, d'un jaune grisâtre à l'extérieur, avec des bandes annulaires un peu saillantes, blanche en dedans, charnue, remplie d'un suc laiteux, surtout au printemps, et offrant des rayons concentriques quand on la coupe en travers. Fraîche, elle a une odeur extrêmement désagréable, une saveur âcre, amère, nauséeuse et un peu astringente. Sèche, elle est spongieuse, farinacée, et d'un jaune pâle.

Comme on la trouve par toute l'Europe, dans les haies et les buissons, on peut toujours se la procurer fraîche. Il faut la recueillir avant la floraison, c'est-à-dire avant le commencement de juin. On en exprime le suc, qu'on mêle avec parties égales d'alcool, après quoi on porte cette teinture jusqu'à la 30e dilution, d'après les règles de l'art.

J'ai déjà publié mes vues sur les doses, dans un article consacré à l'aconit. Je puis donc me dispenser d'en parler ici, et me borner à faire remarquer que j'emploie aussi la bryone à tous les degrés de dilution, suivant que mes vues individuelles me la font juger nécessaire dans les différentes maladies; cependant il est rare que je descende au-dessous du douzième; mais je ne suis pas d'opinion qu'il ne puisse point se rencontrer des maladies qui exigent des dilutions inférieures à celle-là.

Quoiqu'on ait dit que le matin est le meilleur moment de la journée pour administrer ce médicament, je ne l'ai jamais vu nuire dans aucun des cas où les circonstances m'ont obligé de l'employer à d'autres époques, de sorte que je ne me fais aucun scrupule de le donner à toute heure du jour et même de la nuit.

On sait que les symptômes de la bryone sont excités ou accrus par le mouvement, ce qui rend ce médicament très-souvent applicable dans les maladies où l'on observe la même particularité.

La durée d'action d'une forte dose s'étend à une quinzaine de jours, d'après Hahnemann. J'ai vu, même dans des maladies chroniques, une petite dose agir favorablement pendant plusieurs semaines. En général, j'ai trouvé qu'il était plus rarement nécessaire pour la bryone que pour beaucoup d'autres médicamens, de répéter promptement la dose, ce qu'à mon avis on ne doit pas considérer comme une particularité de cette substance (car, si la loi de la répétition des médicamens est exacte, elle doit se confirmer partout, et la bryone ne peut pas faire exception à cet égard), mais comme une conséquence du grand rapport entre les symptômes médicamenteux et ceux de la maladie.

Je n'ose pas dire précisément que la bryone convient de préférence à un certain tempérament; mais je me crois autorisé à conclure de plusieurs observations, qu'elle s'applique mieux qu'à tout autre au sanguin bilieux; car elle convient chez les sujets irritables, sujets à la colère.

Parmi les antidotes, outre le camphre et le rhus, signalés par Hahnemann, je citerai encore la camomille, l'aconit, la noix vomique et la fève Saint-Ignace.

Fièvres inflammatoires. — Celles dans lesquelles la bryone convient diffèrent peu de celles contre lesquelles l'aconit est indiqué. La chaleur interne s'exprime davantage que l'externe, et les malades se plaignent beaucoup d'une soif de boissons froides. Il y a souvent alternatives de froid et de chaleur; ou bien les deux symptômes existent ensemble, la chaleur se faisant sentir en dedans et le froid en dehors. Une fièvre intermittente contre laquelle la bryone est indiquée, ne se manifeste jamais aussi isolée: toujours elle envahit par sympathie une autre sphère, soit celle de la nutrition, soit celle du sentiment. Au début de cette fièvre, les actions sont variables, rarement constantes. La chaleur, avec plénitude du pouls, est si véhémente, que le médecin croirait indiqué l'aconit, qui a aussi pour résultat

une diminution apparente du mal. Si l'on pèse bien tous les symptômes de ces fièvres, notamment la céphalalgie frontale et temporale, pressive de dedans en dehors et qu'apaise la pression des mains, si l'on a égard à l'excitation du malade, à la violence qui règne dans ses discours et ses actions, on ne pourra rester dans le doute de savoir si c'est l'aconit ou la bryone qu'il faut préférer. Cependant l'erreur est un de ces défauts de l'humanité dont le médecin n'est pas plus exempt qu'un autre. Qui pourrait lui faire reproche d'avoir employé, au lieu de la bryone, l'aconit, qui a bien procuré de l'amélioration, mais qui n'a pu prévenir une récidive, exacerbation nouvelle et plus forte qui devait naturellement avoir lieu parce que le moyen n'agissait que comme palliatif contre l'état morbide? La tolérance entre collègues est une vertu que tous les médecins devraient cultiver, mais que malheureusement ils dédaignent beaucoup trop aujourd'hui. Plus d'un homœopathe, surtout débutant, blâmera celui qui commet une telle erreur; pour mon compte je ne le ferai pas, parce qu'il a fallu, après y être tombé plus d'une fois, l'instruction d'une expérience de plusieurs années pour me révéler les signes distinctifs dont on ne saurait donner l'indication dans les livres, et qui ne peuvent être saisis qu'au lit du malade. Je ne puis cependant négliger de dire que cette erreur favorise le passage d'une fièvre inflammatoire à la suivante.

Fièvre nerveuse. — Celle dans laquelle convient surtout la bryone est caractérisée par des symptômes annonçant une congestion au cerveau, ou un état d'irritation, que la moindre cause peut faire passer à l'inflammation. Le délire est vif, mais change rapidement d'objet; le malade crie pendant le sommeil, ou s'éveille en sursaut, et se plaint ensuite de ce que quelque chose d'insignifiant l'empêche de s'endormir ou interrompt son sommeil. Les congestions qui ont lieu se caractérisent par des douleurs pulsatives, convulsives, déchirantes, lancinantes, diductives, avec chaleur dans la tête, dont la violence plus ou moins croissante est souvent seule en état de donner lieu au délire. La chaleur au visage manque rarement, mais on n'aperçoit pas cette turgescence de la face qui est si caractéristique pour la belladone, et, quoique le malade éprouve une grande soif, elle n'est point accompagnée de chaleur générale et de sécheresse de la bouche, symptômes contre lesquels la belladone est presque toujours employée avec succès, quand d'autres symptômes du côté de la tête ne la contre-indiquent pas. Au contraire, du froid et de la chaleur parcourent alternativement le corps entier. Il faut faire une grande attention à la complication gastrique, dont je parlerai tout à l'heure. J'ai rarement employé la bryone, dans ces fièvres, autrement qu'à la 18e dilution; et quand les symptômes l'indiquaient encore, je l'ai répétée plus tard.

Fièvres gastriques et bilieuses. — Avant d'énumérer les symptômes qui indiquent alors la bryone, je dois dire que le froid partout le corps, avec une grande morosité, est un signe caractéristique annonçant qu'il faut y recourir : en outre, langue sale, bouche amère, nausées, vomituritions, afflux d'eau à la bouche, anorexie, envie de vomir après la prise des alimens ou des boissons, vomissement de ce qu'on a pris et de bile, soif inextinguible. Après avoir mangé, le malade, outre des envies de vomir, accuse ordinairement un sentiment insupportable de plénitude à l'épigastre et à la région hépatique, avec céphalalgie pressive, qui augmente son agitation et son anxiété. La plupart du temps, la face est rouge et chaude, mais le malade se plaint de frissons, et le pouls est plein et accéléré : la constipation, ou du moins la difficulté d'aller à la selle, est un symptôme constant. Ces fièvres proviennent rarement d'une surcharge de l'estomac; plus souvent elles sont causées par une émotion morale et surtout par un chagrin vif et prolongé. On emploie le médicament comme je l'ai dit plus haut.

Des symptômes analogues se rencontrent aussi dans l'affection morbide du foie et de la vésicule biliaire, comme je les ai déjà observés plusieurs fois chez une femme dont le médecin attribuait la maladie à des calculs biliaires, et avait, depuis six semaines, cherché vainement à la combattre par des masses de médicamens, jusqu'à ce qu'enfin un vomitif la fit cesser rapidement. Lorsque je vis cette malade, elle avait des spasmes d'estomac, que j'attaquai par les moyens connus : la maladie était guérie depuis plus de six mois déjà, lorsque la femme devint enceinte, et au bout de deux mois fut tout à coup reprise de son ancienne affection, qui se dessina de la manière suivante : énormes douleurs à la région stomacale, qui la forcent à se courber en deux, et surviennent sans cause appréciable. La malade dit qu'elles sont un mélange de tension, d'élancemens et d'ardeur, qui, au bout d'une heure, se font moins sentir à l'estomac qu'aux régions hépatique et épigastrique, où l'on aperçoit aussi de la tension à l'extérieur. L'endroit où se trouve la vésicule du fiel est extrêmement sensible au moindre attouchement, qui réveille la douleur à peine apaisée, et la porte à un tel degré d'intensité que la malade jette les hauts cris, en se roulant dans son lit, et tombe en syncope au bout d'un quart-d'heure ou d'une demi-heure. Souvent elle vomit un liquide jaune verdâtre, mêlé de mucosités; ces vomissemens reparaissent, avec les douleurs, chaque fois qu'elle mange un peu; elle se plaint ensuite d'une soif que rien ne peut apaiser. Les selles sont assez régulières : pouls petit, serré, mais non accéléré. Plus les douleurs duraient longtemps, plus la peau de tout le corps jaunissait; et plus cette couleur jaune se hâtait d'apparaître, plus on pouvait pronostiquer la prompte et complète cessation des douleurs. La jaunisse que j'avais vue survenir ainsi trois fois, me rendait probable l'existence de calculs biliaires. La maladie revenait au printemps et en hiver. L'effet des médicamens fut passager dans cette affection violente, ce qui m'obligea de les répéter souvent. Lorsque je fus appelé la première fois, je crus être utile en attendant que l'action fut épuisée, et changeant de médicamens; mais il s'écoula ainsi quinze jours jusqu'à parfaite guérison. La seconde fois, j'eus recours à des doses plus fortes, et cependant

je ne pus triompher du mal qu'en onze jours. La troisième fois, je le guéris en sept jours, pendant lesquels les douleurs, quoique encore très-violentes, furent moins fortes qu'auparavant. Le principal moyen, dans les accès de spasme, fut toujours *ipec.* II (2 globules toutes les demi-heures) : je donnais pendant la rémission tantôt la noix vomique ou le quinquina, tantôt le mercure ou la bryone. Cette dernière, comme je m'en convainquis bien la dernière fois, prolongea la rémission, ce qui fit que je le répétai dans la remission suivante, de sorte que j'amenai ainsi plus promptement la jaunisse désirée, qui ensuite ne tarda pas à céder à une dose de digitale.

Constipation. — La constipation est toujours plus ou moins accompagnée d'autres affections du bas-ventre, dont la découverte, parfois assez difficile, exige que le médecin se livre à un examen sérieux du malade. Souvent on reconnaît que celui-ci éprouve en outre un sentiment de plénitude ou de pression à l'estomac et à la région épigastrique, après avoir mangé, et pendant plusieurs heures ; l'appétit manque ; fréquemment il y a faim canine, suivie de nausées, d'une chaleur fugace au visage, d'une pesanteur pressive de la tête. Ici les hautes dilutions sont préférables aux basses ; sans faire naître de symptômes accessoires, elles éteignent promptement le mal. La constipation qui survient dans la grossesse réclame souvent aussi la bryone. Mais celle-ci est plus importante encore dans la constipation des femmes en couches, qui, assez fréquemment, dépend d'une irritation inflammatoire des organes abdominaux, à laquelle cette substance convient souvent d'une manière frappante. Dans les deux premiers cas, il est souvent très-salutaire de faire alterner ensemble la bryone et la noix vomique, comme l'expérience me l'a appris. C'est sur cette propriété qu'a la bryone de combattre la constipation, que repose aussi sa vertu curative dans un cas de *miserere*, où elle fut employée avec succès ; cependant ici elle cède à coup sûr le pas à l'opium.

Fièvres puerpérales. — Celles de ces fièvres auxquelles la bryone convient sont, d'après mon expérience, toujours plus ou moins accompagnées d'inflammation des organes génitaux. Quelle que soit la cause occasionnelle, frayeur, dépit, chagrin, erreur de régime, suppression de la sueur, le médecin emploie la bryone (VI ou VIII) quand le malade se plaint de chaleur interne, avec grande soif et sentiment de froid à l'extérieur. Les principales indications sont encore : douleurs de tête pressives et violentes, surtout au front et aux tempes, qui finissent par voiler les sens et même amener le délire, et qui, presque toujours, sont jointes à la rougeur et à la turgescence de la face, mais sans cet aspect brillant et furieux qui indique si précisément l'emploi de la belladone. On peut encore regarder comme signes caractéristiques : la constipation (mais non dans les cinq ou six premiers jours qui suivent l'accouchement, parce qu'elle est alors un phénomène normal) ; urine plus abondante, causant de l'ardeur à sa sortie ; réapparition des lochies qui avaient cessé, et qui ne paraissent supprimées que quand il y a des symptômes manifestes d'inflammation de la matrice ou des ovaires, exaltés encore par les attouchemens et les mouvemens, et annoncés par l'endolorissement de la cuisse du côté malade ; sueurs aigres et soif inextinguible pendant la nuit, l'afflux ou la suppression du lait dans les seins n'étant ni une indication ni une contre-indication à l'emploi de la bryone, quand du reste les symptômes conviennent à ce médicament ; je dois encore citer la morosité, la tristesse, l'abattement, alternant avec l'irritabilité et la colère, qui, lorsque tous les autres symptômes laissent encore des doutes, doivent les dissiper entièrement.

Fièvres intermittentes. — Elles sont assez fréquentes, mais certainement plus rares que la fièvre intermittente pure et la plupart du temps accompagnées de gastricisme, de rhumatisme ou d'autres affections. Si le médecin s'attache plus à ces dernières qu'au type de la fièvre, il manquera souvent le moyen convenable. Je ne reproduirai pas ici les accidens gastriques, tels qu'ils doivent être afin que, accompagnés d'une fièvre intermittente, ils exigent la bryone pour moyen curatif ; je les ai indiqués plus haut, et leur association avec une autre maladie ne fait pas qu'ils changent de forme. Il en est de même des douleurs rhumatismales, dont je parlerai plus loin. Ni le type tierce, ni le type quotidien de la fièvre ne commandent exclusivement l'emploi de la bryone, à laquelle tous deux conviennent, aussi bien que le type quarte, lorsque les symptômes sont correspondans ; mais l'invasion de la fièvre elle-même est caractéristique pour la bryone ; dans la plupart des cas, elle est précédée pendant plusieurs heures d'un engourdissement vertigineux de la tête, auquel succède une céphalalgie pressive, dont l'aggravation s'accompagne d'horripilations, avec bâillemens et pandiculations, allant jusqu'au tremblement ; même pendant le froid, le malade se plaint de soif, qui, à mesure que la chaleur se développe, devient inextinguible ; la surcharge de l'estomac par les boissons excite des nausées et des vomissemens ; le malade rend des matières bilieuses, dont l'action sur le larynx cause une irritation qui entretient les envies de vomir. Les moyens à employer ici sont *ipec.*, *cina.*, *pulsat.*, *drosera*, *veratr.*, tous à doses répétées, avant le nouvel accès de fièvres. Les basses dilutions de bryone sont plus utiles que les hautes.

Dans les *maladies inflammatoires*, la bryone joue, après l'aconit, un grand rôle, et, dans beaucoup de cas, soit à la suite de ce dernier, soit seule, elle fait cesser en peu d'heures un état qui inquiétait beaucoup le malade et les assistans. Le problème que je me suis proposé est d'établir exactement les signes caractéristiques qui, dans les diverses maladies inflammatoires, indiquent l'emploi de la bryone. J'emploie également les 12e à 30e dilutions dans ces cas.

Lorsque les enfans, atteints de maladies inflammatoires, remuent sans cesse les mâchoires comme un animal qui rumine, c'est un signe annonçant qu'il faut recourir à la bryone ; aussi ce médicament a-t-il une action salutaire dans l'hydrocéphale aiguë et dans la fièvre hydrocéphalique, comme l'indiquent les symptô-

mes suivans : assoupissement continuel, avec léger délire; au réveil, regard fixe, avec dilatation des pupilles, qui sont à peine susceptibles de se contracter sous l'influence d'une vive lumière ; on a de la peine à tirer le malade de la léthargie ; ses réponses aux questions qu'on lui adresse et la niaiserie de ses traits indiquent l'impossibilité de penser ; pouls accéléré, mais faible ; de temps en temps l'urine sort à l'insu du malade, qui en outre la rend très-souvent, mais en petite quantité ; assez souvent de légers spasmes généraux, avec bleuissement du visage et battement des carotides, après quoi survient un assoupissement continuel. En un mot, tous les symptômes annonçant une affection cérébrale dépendante de causes mécaniques. La sphère d'action de l'aconit et de la belladone ne s'applique plus ici, et le mercure semble également ne plus être indiqué. Les signes d'un épanchement qui se forme indiquent l'arnica et la digitale ; mais aucun de ces deux moyens ne m'a été aussi utile que *bryon.* VI, qui, dans plus d'un cas, m'a été d'un grand secours quand toute espérance paraissait détruite. L'observation a besoin de confirmer encore ces données de l'expérience.

La plupart des faits confirment l'efficacité de ce moyen dans les inflammations des organes de la poitrine. Cependant on a dit avec raison que, dans les pneumonies, la bryone semblait céder le pas à l'aconit. Il est incontestable que, dans les violentes inflammations du poumon et de la plèvre, qui sont accompagnées d'une fièvre synochale, l'aconit a la prééminence sur tous les autres moyens, parce qu'il est le plus propre de tous à apaiser l'orgasme du système sanguin, indication qui me paraît être la plus pressante à remplir alors. Mais les inflammations moins violentes, ou accompagnées d'un moindre trouble de la circulation, cèdent aussi à des spécifiques, sans qu'on donne d'abord l'aconit. C'est alors surtout que la bryone convient dans les commencemens.

Pneumonie. — Je ne parlerai pas ici des symptômes qui exigent absolument une dose d'aconit : le lecteur les trouvera relatés dans mon article sur l'aconit. Ceux qui indiquent la bryone sont : douleurs lancinantes, non trop vives, et brûlantes, dans l'un ou l'autre côté ou au milieu de la poitrine, ou entre les épaules, en respirant, plus fortes pendant la toux, qui n'est pas tout à fait sèche ; crachats le plus souvent muqueux, striés de sang, mais non écumeux, souvent aussi mêlés de masses jaunâtres, ce qui procure du soulagement ; assez fréquemment, les douleurs de poitrine sont accrues par le mouvement de la poitrine et des bras, signe que l'inflammation affecte en même temps la plèvre et les muscles pectoraux. L'asthme et la dyspnée manquent rarement. S'il y a des douleurs rhumatismales (tiraillantes) dans les extrémités, la bryone figure toujours parmi les moyens indiqués. Souvent ces maladies de poitrine sont accompagnées de symptômes gastriques ; langue sale et chargée ; goût amer ; envie de vomir après avoir pris quoi que ce soit ; vomissement, quelquefois mêlé d'un peu de sang, ce qui augmente beaucoup les douleurs lancinantes dans la poitrine ; embarras de la tête, avec céphalalgie lancinante, pressive ; constipation. La fièvre est presque toujours jointe, dès le début, avec des frissonnemens ; rarement elle commence par un tremblement ; la chaleur est vive, surtout à la tête, et accompagnée d'une forte soif ; le pouls est un peu plein et dur ; visage rouge, bouffi ; urine d'un rouge foncé. Si la chaleur monte à la tête, il survient non-seulement de la céphalalgie, mais une continuelle envie de dormir, avec vives hallucinations, qui se manifestent aussitôt que le malade ferme les yeux.

Pleurésie. — Cette maladie, qui joue un assez grand rôle parmi celles des enfans, cède fort souvent à la bryone seule. Les signes caractéristiques sont : douleur resserrante au creux de l'estomac, avec sentiment de constriction ou de diduction ; le malade éprouve une agitation anxieuse, qui le force à changer souvent de place, de sorte que les douleurs augmentent, car tout mouvement de la poitrine, soit pour changer de place, ou pour faire une profonde inspiration, soit pour tousser, ou même pour avaler, retentit dans l'organe malade. Peu importe au reste que la plèvre soit enflammée en partie seulement ou en totalité, pourvu que les symptômes précédens existent. Lorsque l'inflammation occupe toute la membrane, les douleurs sont plus vives et plus étendues ; elles se font sentir dans les côtés, aux côtes inférieures et dans le dos, sous les omoplates. Il s'y joint un violent hoquet douloureux, divers accidens spasmodiques, des tremblemens, des rires, etc. La respiration est courte, suspirieuse, bruyante. Du degré d'étendue de l'inflammation dépend celui de la fièvre, dans laquelle le pouls est toujours petit, accéléré, un peu dur, quelquefois intermittent. L'urine est d'un rouge foncé, et rendue fréquemment, mais en petite quantité. La soif est grande, et, quoique le malade boive peu à la fois, il éprouve toujours ensuite un hoquet douloureux. En pareil cas, j'ai trouvé *bryon.* X, ij, un moyen spécifique, et jamais je n'ai eu besoin de répéter la dose. Cependant il est probable que la répétition serait nécessaire dans les cas où, soit parce que la maladie ne se dessinait pas bien, soit parce qu'elle a été méconnue, on a cru pouvoir la combattre auparavant par d'autres moyens. Il serait possible aussi que, dans ces cas, on fût obligé de recourir à des dilutions plus basses.

Hépatite. Les signes de l'hépatite sont suffisamment connus ; il ne s'agit ici que des symptômes qui exigent l'emploi de la bryone. C'est principalement la douleur lancinante et brûlante dans l'hypochondre droit, accompagnée d'un sentiment de plénitude et de tension dans cette partie, qui s'étend jusque entre les omoplates, et excite dans la poitrine des accidens spasmodiques, qui, ainsi que les douleurs du foie, sont augmentés par l'inspiration. Le mouvement du corps, le changement de situation, et la pression sur le foie gonflé, accroissent également la douleur. Les symptômes accessoires sont le gonflement et la tension du ventre, la constipation, la jaunisse, le vomissement ou l'envie de vomir, une céphalalgie pressive, surtout au front, etc. La fièvre concomitante est tantôt plus et tantôt moins violente ; la première dépend de la plus grande extension de l'inflammation, la seconde d'une inflammation plus limitée

ou partielle. Quand la fièvre est violente, on ne peut se dispenser de faire prendre une ou deux doses d'aconit : si elle n'exige pas d'attention particulière, la bryone est indiquée ici : on emploie les dilutions 12 à 24. J'ai rencontré des cas où j'en ai employé de plus basses encore.

Splénite. Une douleur lancinante, pressive, dans l'hypochondre gauche, au-dessus de la région rénale, avec tuméfaction manifeste, que le mouvement et les attouchemens augmentent à un point extrême, et qui est presque toujours accompagné de constipation. La bryone (une petite partie d'une goutte) est le remède spécifique.

Rhumatisme aigu et *goutte.* — Dans ces deux maladies, la bryone (18) est un moyen très-recommandé lorsque les symptômes suivans ont lieu : douleurs tensives, lancinantes, tiraillantes, dans les parties affectées, qui sont gonflées et d'un rouge luisant : dans quelques cas aussi, j'ai trouvé la tumeur rouge seulement en partie, et les points rouges extrêmement sensibles au toucher, pendant lequel le malade se plaint d'une douleur beaucoup plus vive, qui augmente également au moindre attouchement de la partie affectée. Le malade ne peut se mouvoir librement ; tout est raide et comme paralysé ; les parties saines elles-mêmes sont obligées de rester immobiles, pour que la douleur ne reparaisse point. Pendant le repos et la nuit, il survient une sueur aigre fort abondante. Chaleur continuelle, avec grande soif, et pouls plein et fréquent ; urine rougeâtre, épaisse, sans former de sédiment, ou d'un rouge de feu ; elle a presque toujours ce caractère au début de la maladie ; langue chargée, qui se dessèche aisément ; perte totale d'appétit ; constipation ; insomnie, à cause de l'agitation intérieure, de la douleur et de la sueur. Il est fréquent, surtout dans les affections rhumatismales de la nuque et des extrémités supérieures, qu'on observe la céphalalgie caractéristique mentionnée plus haut. En pareil cas, plusieurs doses d'aconit préparent favorablement la voie à la bryone. Quand l'amélioration ne dure pas, il faut répéter la dose.

Je dois encore parler d'un symptôme particulier contre lequel j'ai trouvé ce moyen également salutaire à la douzième puissance. C'est une sensation telle qu'il semble que la jambe soit trop courte en marchant, quoiqu'on n'aperçoive rien à l'extérieur, et qu'il n'y ait pas de douleur au toucher ou pendant le mouvement.

La bryone ne se montre pas moins efficace quand il y a tuméfaction pâle et chaude, avec tension, sans fièvre, ni autres accidens concomitans, tout au plus avec de légers élancemens.

Rhumatisme de l'utérus. — J'ai assez souvent observé cette forme de maladie dans les grossesses, surtout vers la fin ; et la bryone (18) s'y est montrée fréquemment efficace, lorsqu'elle devait naissance à un refroidissement des pieds, qui détermine une congestion du sang vers la matrice, et occasionne l'état qu'on désigne sous le nom de fausses douleurs. Cette dernière expression ne convient proprement point à la maladie ; car, bien que la douleur devienne périodiquement plus violente, l'endolorissement du ventre ne cesse jamais tout à fait : au contraire, il augmente au moindre mouvement ou attouchement. Les maux de reins qui s'y joignent sont souvent insupportables, surtout au moindre mouvement de torsion. Plus l'état dure longtemps, plus les extrémités se refroidissent. La constipation ne manque jamais.

Inflammation de l'ovaire. Il n'y a pas de moyen qui convienne mieux, dans cette maladie, que *bryon.* IV, qui semble y être spécifique, comme je puis le dire avec assez de certitude d'après un grand nombre d'observations. On paraît l'avoir négligé à tort dans ces derniers temps, pour accorder la préférence à d'autres médicamens qui agissent d'une manière moins spécifique sur l'organe affecté. Les symptômes annonçant l'indication de recourir à la bryone sont : violente douleur lancinante, fortement augmentée par le mouvement de la cuisse du côté malade et la pression extérieure ; cette douleur siége à la région inguinale, où quelquefois aussi on remarque un gonflement un peu dur ; assez souvent, tout le bas-ventre est sensible, la sécrétion urinaire diminuée, le bas-ventre resserré ; la fièvre est vive et synochale : c'est pourquoi aussi il convient de commencer par une dose d'aconit, qu'on peut éviter dans un cas de phlegmasie chronique.

Ophthalmie, surtout rhumatismale et goutteuse. Les signes caractéristiques sont la rougeur et le gonflement des paupières, qui, le matin, sont comme collées par du pus, dont les bords semblent ulcérés, et qui causent une douleur cuisante en ouvrant et fermant les yeux ; la conjonctive est ramollie et rouge ; elle forme un bourrelet autour de la cornée transparente : se pencher en avant occasionne une douleur pressive de dehors en dedans à l'œil malade, au front et aux tempes, douleur que le malade cherche à calmer en appuyant la main sur ces parties. En général, ces affections sont accompagnées d'un afflux du sang vers la tête, qui s'annonce par la rougeur, la chaleur, la bouffissure et la tension de la face, avec maux de tête. La fièvre est peu prononcée. Dans le cas contraire il conviendrait de faire prendre une dose d'aconit quatre heures avant la bryone.

Inflammation des seins. Cette maladie est surtout fréquente chez les femmes qui allaitent et chez celles qui sèvrent leurs enfans. On ignore souvent la cause qui y a donné lieu. Cependant on ne peut nier que les glandes mammaires ne soient souvent le point de dépôt de la psore, qui détermine alors des suppurations opiniâtres et longues. *Bryon.* IV est indiquée lorsqu'il survient rétention subite du lait, ce qui rend les mamelles dures et comme pleines de nœuds ; les duretés s'enflamment ensuite ; elles deviennent rouges, et les malades ressentent une douleur violente, composée de tension, de pression, d'ardeur et d'élancemens, dont la vivacité est en raison de l'étendue du mal. Quand on est appelé dès le principe, une seule dose suffit souvent pour éloigner la maladie avec promptitude ; mais quand celle-ci a déjà fait des progrès, il faut répéter cette dose, quoiqu'alors la bryone ne suffise pas toujours, et que la plupart du temps on soit obligé de recourir à d'autres moyens encore.

La fièvre de lait qui se montre quelquefois dans les

premiers jours après l'accouchement, et qui consiste en frisson léger, chaleur, anxiété, gêne de la respiration, soif, etc., cède souvent en peu d'heures à une seule dose de *bryon.* X, surtout quand la femme se plaint d'une violente douleur pressive de dedans en dehors au front et aux tempes, douleur qui n'est supportable qu'en se tenant parfaitement tranquille.

Les *affections catarrhales*, lorsqu'elles sont accompagnées d'une douleur d'écorchure à la région précordiale et d'une toux grasse, mais fatigante et presque continuelle, qui occasionne une douleur contusive à l'épigastre, et une agitation désagréable du fœtus chez les femmes enceintes, cède souvent à *bryon.* VIII.

D'autres espèces de toux, comme la toux spasmodique sèche, chez les adultes, quand elle est provoquée par le boire et le manger, la coqueluche des enfans, lorsque la toux survient surtout le soir et la nuit, qu'elle est de même excitée par les alimens et les boissons, et qu'elle a assez de violence pour déterminer à vomir tout ce qu'on a pu prendre, sont assez souvent guéries par la bryone; mais fréquemment alors on est obligé de recourir à une dilution inférieure (II-IV.)

La bryone est également indiquée dans les *affections exanthématiques*, notamment dans certaines maladies qui les accompagnent et dans plusieurs qui les suivent. Elle mérite la préférence sur beaucoup d'autres moyens, lorsque, dans les fièvres, il y a respiration suspirieuse, avec anxiété, gêne à la région précordiale, et agitation extrême par tout le corps, ce qui annonce fréquemment une *éruption miliaire.* Cependant quelquefois aussi l'ipécacuanha lui dispute ici la prééminence.

La bryone est encore un remède précieux contre la *rougeole* rentrée, pour rappeler l'exanthème à la peau, ou en rendre la rétrocession non dangereuse. Je la donne alors à la quinzième dilution, et je remarque qu'elle est principalement indiquée lorsque, après la rentrée de la rougeole, il survient une affection des yeux semblable à celle dont je viens de parler tout à l'heure. Une autre conséquence de la rétrocession de la rougeole, qui est fâcheuse surtout quand celle-ci s'est déclarée aux époques climatériques, c'est l'inflammation des viscères de la poitrine, annoncée par une douleur d'écorchure, avec toux grasse, mais continuelle, très-sujette à passer au mode chronique. Au reste, ces deux affections, celles des yeux et de la poitrine, accompagnent déjà très-souvent la rougeole elle-même, de sorte que, non-seulement quand elles surviennent après elle, mais encore quand elles sont très-marquées pendant la durée même de l'exanthème, elles indiquent l'emploi de la bryone. Celle-ci alors calme la maladie tout entière et en raccourcit singulièrement la durée.

Dans le *pourpre* et la *scarlatine* la bryone peut être employée, comme l'a déjà dit Trinks, lorsqu'il se joint à l'exanthème un état nerveux, caractérisé par l'excitation du cerveau et des sens, un délire vif, une grande sensibilité aux impressions extérieures, un brillant extraordinaire et la rougeur des yeux, avec photophobie et scintillation, regard farouche et égaré, bruissement et tintemens d'oreilles, grande agitation dans le lit, sommeil léger, fréquemment interrompu par des rêves et le délire, violent afflux du sang vers les parties supérieures, pouls vite, dur, tendu, et respiration pénible. Une ou deux doses font cesser cet état, selon Trinks. Ces symptômes exigeraient la belladone si la prédominance de l'affection inflammatoire de la poitrine n'indiquait davantage la bryone. Cependant la belladone méritera souvent d'être prise aussi en considération.

La bryone est souvent aussi utile, d'après Trinks, lorsqu'on voit apparaître pendant le cours de la maladie des envies d'uriner très-pénibles.

Parmi les maladies consécutives des exanthèmes dont il vient d'être question, je range, non-seulement l'état chronique de la poitrine et le mal d'yeux mentionnés ci-dessus, mais encore l'état hydropique, si commun après la scarlatine, et qui s'accompagne d'envies de pisser très-fatigantes, même douloureuses, sans émission considérable d'urine, avec pression non moins pénible sur le rectum, en allant à la selle, et grande insomnie. La bryone (VI-X) mérite aussi attention dans les gonflemens et indurations glandulaires, si communs après les maladies de peau, notamment ceux qui surviennent au cou, à la nuque et au bas-ventre, qui s'accompagnent toujours d'un état inflammatoire plus ou moins prononcé, et qui par conséquent ne sont jamais sans fièvre. Il n'est pas rare non plus qu'à la suite de ces exanthèmes on aperçoive des furoncles, qui durent souvent longtemps, et après la guérison de l'un desquels s'en manifeste ailleurs un nouveau. A la vérité l'arnica est fréquemment indiqué et salutaire dans ces affections mais j'y ai trouvé la bryone plus efficace, en ce sens qu'elle détruit mieux la prédisposition au retour de la maladie. La belladone milite également avec elle ici; mais la bryone mérite toujours la préférence lorsqu'il y a faiblesse et accablement.

Tous les états morbides qui viennent d'être décrits peuvent avoir lieu sans avoir été précédés d'un exanthème, et la bryone est également indiquée alors; du moins mérite-t-elle d'être prise autant en considération que tout autre moyen, notamment dans les gonflemens glandulaires, lorsqu'ils sont de nature scrofuleuse, et peut-être bien aussi accompagnés d'éruption à la tête, de gonflement, tension et dureté partielle du bas-ventre, d'un dérangement plus ou moins sensible de la digestion. Elle convient même dans les ulcères scrofuleux, d'après ma propre expérience, comme remède intercurrent, qui déploie des facultés curatives non-seulement contre les phénomènes morbides concomitans, mais encore contre les ulcères eux-mêmes. Les congestions séreuses qui dépendent de ces états scrofuleux sont également, comme je l'ai déjà dit, diminuées par plusieurs doses de bryone, quoique non entièrement guéries par là, et en général il est fort rare qu'elles cèdent à un seul médicament. Ce qu'il importe, dans ces cas, c'est d'avoir égard aux causes prochaines et éloignées, qui permettent au médecin d'établir un pronostic bien plus sûr que la comparaison des symptômes avec ceux des médicamens. Un diagnostic complet ga-

rantit seul le médecin homœopathe de promettre plus qu'il ne peut faire.

La bryone est un remède indispensable contre les *engelures*, surtout enflammées ; elle arrête l'inflammation plus promptement que tout autre moyen. Je l'ai trouvée utile aussi dans la congélation des mains, du nez, des oreilles, lorsqu'au commencement de la saison froide ces parties deviennent gonflées, rouges et gercées. Elle n'est point ici le seul moyen, et cède le pas à la belladone et à la pulsatille lorsque les parties gelées sont violettes, et que le malade y ressent des battemens, des douleurs pulsatives. Mais c'est la disposition morale du malade qui décide du choix : la pulsatille convient aux personnes douces et phlegmatiques, la belladone aux sujets tristes, indifférens, et livrés de temps en temps à des accès de violence. L'acide nitrique et le pétrole (X) ont été dernièrement reconnus très-efficaces aussi dans ces sortes d'affections.

Les états inflammatoires dont se compliquent souvent les *ulcères aux jambes*, qui sont produits par le refroidissement des parties malades, et qu'accompagnent des douleurs brûlantes et lancinantes, de la tuméfaction, une grande sécheresse, cèdent toujours à la bryone (VI). C'est donc un moyen indispensable dans ces maladies.

Elle mérite également attention dans les *hémorrhagies*, puisque l'excitation de la circulation figure parmi ses principaux symptômes primitifs. Je l'ai souvent employée avec succès contre le saignement de nez qui survient le matin, et qui réveille de très-bonne heure le malade. A la vérité les accidens qui éclatent le matin conviennent davantage à la noix vomique, au moyen de laquelle je suis plus d'une fois parvenu à y mettre un terme ; mais quelquefois aussi je l'ai vue échouer, et alors la bryone (VI) déployait des vertus curatives. L'hémorrhagie nasale à laquelle le refroidissement donne lieu après une suppression subite des menstrues, chez les personnes dont les règles ont coutume d'avancer, cède la plupart du temps à une dose de bryone, qui, lorsqu'on la répète, régularise la menstruation, pourvu que les accidens dépendent d'une congestion sanguine vers les organes supérieurs, annoncée par la plénitude de la poitrine, l'oppression, le gonflement de la région précordiale, un sentiment de plénitude dans le nez et la tête, une céphalalgie frontale et temporale graduellement croissante, et un froid glacial aux pieds. Les règles trop précoces trouvent aussi leur remède dans la bryone, lorsqu'elles dégénèrent en véritable métrorrhagie, avec émission de sang d'un rouge foncé, dont la sortie est accompagnée de violentes douleurs pressives dans les reins et d'un mal de tête semblable à celui qui vient d'être décrit. Les lochies sanguines qui durent au delà de six jours se rapprochent beaucoup de la métrorrhagie, de sorte que la bryone les convertit aussi très-facilement en un écoulement séreux sanguinolent, tel qu'il doit être après ce laps de temps.

J'ai fréquemment guéri une espèce particulière d'hémoptysie avec la bryone VI, répétée à huit jours d'intervalle. Ce n'était point un crachement de sang vif qui me déterminait à employer ce moyen, mais une expectoration sanguine précédée d'une toux chatouilleuse, fréquente, qui n'apparaissait que le matin, peu de temps après la sortie du lit, précédée d'une oppression de poitrine, avec raccourcissement de la respiration, et dans laquelle ces symptômes disparaissaient après que la personne avait craché plusieurs fois. La première dose suffisait déjà pour diminuer la toux chatouilleuse, qui la plupart du temps cessait après la troisième ; cependant le crachement de sang continuait à revenir, quoique moins abondant, à la même époque, et disparaissait peu à peu après la quatrième, la cinquième, la sixième, ou même seulement la huitième dose. La récidive de ce crachement de sang cédait la plupart du temps, et pour toujours, à une seule dose, quand le malade ne tardait pas trop à consulter le médecin.

Avant qu'on connût les antipsoriques, la bryone (IV et VI) était pour moi un moyen précieux contre les tumeurs hémorrhoïdales. Je ne puis pas non plus y renoncer aujourd'hui, quoiqu'un grand nombre d'antipsoriques conviennent peut-être mieux qu'elle dans ces affections. On ne peut méconnaître son influence salutaire lorsque le malade se plaint de douleurs cuisantes à la partie inférieure du rectum, après avoir été à la selle, et que cette douleur ne se dissipe que d'une manière lente. L'indication devient plus certaine encore quand le malade éprouve de la plénitude dans le côté gauche des lombes, et que cette plénitude dégénère, pendant le mouvement, en une douleur lancinante, pressive, qui ne se calme que par l'effet du repos, et qui annonce que le sang afflue en trop grande abondance ou stagne dans la rate.

La bryone doit également être recommandée dans les *spasmes de poitrine*, dans les affections asthmatiques, plutôt périodiques que permanentes. Les malades se plaignent d'avoir la poitrine serrée, avec pression dans le milieu du sternum, sans douleur. Cependant la pression n'existe pas toujours simultanément avec le resserrement, et celle-ci peut également se rencontrer sans elle. Le malade se couche très-bien sur le côté droit hors des accès, mais il ne le peut plus pendant ces derniers, qui ne permettent que le décubitus sur le dos, et qui sont accompagnés de toux, avec chatouillement dans la gorge, crachats muqueux, envies de vomir, vomissement même, et douleurs dans les hypocondres. Si la toux est grasse, ou si elle fait vomir, le resserrement de poitrine diminue ; cependant ces deux symptômes ne sont pas liés nécessairement, et peuvent apparaître isolés l'un de l'autre. S'il y a asthme, le moindre air frais est capable de le porter à un énorme degré d'intensité ; la parole, le mouvement, le soulèvement même de la couverture l'accroissent au point que le malade craint de suffoquer. Souvent ces accidens sont occasionnés par la faiblesse d'estomac, et la moindre quantité d'alimens produit un gonflement de la région épigastrique, que soulagent un peu des rapports ayant le goût de ce qu'on a mangé : si ce cas n'a pas lieu, le malade éprouve bientôt une agitation anxieuse, que la pression des vêtemens sur le bas-ventre augmente beaucoup. Douleurs causées par des vents,

constipation ; pouls petit, serré, mais vite ; irritabilité, propension à se fâcher. *Bryone* IV est ici la dose qui convient le mieux ; cependant il faut la répéter au bout de huit à douze jours. Mieux vaut encore, au lieu de la seconde dose, faire prendre *nux* IV — VI. Deux à trois doses de ces deux substances, alternées ensemble, suffisent la plupart du temps pour faire cesser l'asthme dont il s'agit.

Le *spasme d'estomac* se présente sous tant de formes différentes, que, parmi les médicamens connus, il n'y en a qu'un bien petit nombre qui ne puissent guérir dans telle ou telle circonstance donnée. A la vérité, on doit alors le considérer non pas toujours comme affection primitive, mais souvent comme maladie secondaire. Lorsque cette maladie joue le rôle principal, les symptômes sont exprimés avec tant de précision et offrent une image tellement caractéristique, qu'il ne peut guère y avoir à hésiter dans le choix du remède à employer. Mais ici, comme dans beaucoup d'autres affections chroniques, on se trompe fréquemment, et il n'est pas rare de voir échouer le moyen dont l'ensemble des symptômes paraît couvrir le mieux celui des accidens. Cela tient à ce que nous ne connaissons point assez le caractère des médicamens, et leurs effets sur les divers systèmes et organes.

La bryone (V) mérite d'être signalée parmi les moyens propres à combattre certains spasmes d'estomac. Voici quels sont les signes auxquels on reconnaît la nécessité d'y recourir. Le moindre aliment ou boisson occasionne une douleur constrictive dans l'estomac, qui souvent se manifeste déjà pendant qu'on mange, ou du moins survient immédiatement après ; elle est accompagnée de la même sensation que si la région épigastrique était tuméfiée ; l'application de la main diminue ou fait même cesser cette douleur, en provoquant l'éructation.

Dans le cas où le mal d'estomac est causé par des saburres, il y a, après avoir mangé, nausées, envies de vomir, vomissement, non de ce qu'on a pris, mais de mucosités bilieuses. Presque jamais le malade n'est exempt du mal de tête caractéristique dont j'ai déjà parlé, et dont l'accroissement fait souvent cesser tout à fait le mal d'estomac, mais qui ne disparaît lui-même qu'après le vomissement. Quelquefois il y a constipation, quoique, dans beaucoup de cas aussi, les selles soient normales.

Je signalerai encore une autre sorte de mal d'estomac qu'on rencontre assez souvent chez les personnes atteintes d'hémorrhoïdes, après la suppression du flux ou l'apparition de tumeurs à l'anus. On l'observe souvent aussi chez les femmes enceintes, et chez celles qui ont eu, pendant leur grossesse, des varices à la vulve, à l'anus et aux jambes ; varices qui, après la délivrance, causent beaucoup de douleurs, et s'accompagnent fréquemment d'une céphalalgie, dont le mouvement augmente l'intensité, tandis que le repos la diminue.

Note sur l'olfaction des médicamens ; par le docteur Griesselich.

Dans les derniers jours d'avril 1832, je me trouvais chez M. Hahnemann, à Kœthen, en compagnie du docteur Jamm, médecin à Larr. Il était question, entre ces deux messieurs, de l'abus du mercure, et M. Hahnemann fit remarquer que le soufre était encore la substance qui déployait le plus d'efficacité en pareil cas. M. Jamm demanda, à cette occasion, s'il ne serait pas possible aussi que le mercure fût utile dans les cas où il a été fait abus du soufre. M. Hahnemann nota cette idée avec un évident plaisir. De là est venu le malentendu dans lequel mon nom figure depuis lors. M. Hahnemann a dit, en effet, dans sa préface du répertoire de M. Bœnninghausen, que, dans les cas d'affections chroniques où le soufre est indiqué, mais où le traitement homœopathique a été précédé d'un traitement allopathique pendant lequel on a abusé de ce médicament, il suffit de faire une seule fois respirer avec force au malade un globule gros comme un grain de moutarde et imprégné de *merc. metall.* X, et de laisser cette médication agir huit jours, pour voir la force vitale reprendre sa tendance à laisser le soufre (au moins l'olfaction de *tinct. sulph.* X) exercer sur elle son influence salutaire, découverte dont nous sommes redevables, ajoute-t-il, à M. Griesselich.

A l'instigation de quelques amis, je dois repousser le titre d'auteur de cette découverte, puisque je ne l'ai pas faite, et que je n'ai rien communiqué à M. Hahnemann qui annonçât qu'elle provînt d'un autre. Je me sens d'autant plus obligé de publier aujourd'hui cette déclaration, que nous voyons chaque jour annoncer des découvertes qui ne se confirment pas, et que le même malheur pourrait fort bien arriver à celle qu'on m'attribue.

Ma présence chez M. Hahnemann dans les derniers jours d'avril 1832, et la date de sa préface, qui est seulement de quelques jours après, offrent une coïncidence dont j'ai dû être frappé, puisqu'il est impossible qu'en si peu de jours M. Hahnemann ait eu le temps de constater mon énorme découverte.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

AVRIL 1836. (2e TRIMESTRE.)

MÉDECINE LÉGALE.

Empoisonnement par de l'arsenic mêlé à des haricots, rapport par MM. Barruel et Chevallier.

Nous soussignés, chargés « d'analyser des haricots contenus dans un petit flacon, à l'effet de s'assurer si ces » haricots contiennent une ou plusieurs substances vénéneuses et particulièrement de l'arsenic ; de dire de » quelle manière ces substances auraient pénétré dans » ces haricots par ébullition ou tout autrement ;

» De dire, en outre, si deux robes, l'une à poche et » le tablier aussi à poche et qui appartiennent à C*** » ne contiendraient pas de parcelles d'arsenic. »

Nous avons exploré avec le plus grand soin toutes les parties de ces vêtemens, afin de reconnaître s'il y aurait sur eux ou dans quelques-uns de leurs plis des parcelles d'arsenic; mais nos recherches furent inutiles ; passant ensuite à l'exploration des poches, nous les retournâmes sur une feuille de papier blanc, examinant les coutures, nous ne trouvâmes dans ces poches que des miettes de pain desséchées, mêlées de quelques substances étrangères et de duvet, mais aucune de ces substances n'avait l'apparence de l'arsenic ni d'aucune autre substance vénéneuse.

Ne nous fiant pas cependant à ces caractères, nous introduisîmes, les substances trouvées dans les poches, dans un petit tube de verre fermé par l'une de ses extrémités ; nous ajoutâmes de l'eau distillée, et nous soumîmes à une ébullition prolongée. La liqueur obtenue par suite de cette opération n'avait ni odeur, ni saveur, ni couleur ; traitée par divers réactifs, et notamment par l'hydrogène sulfuré, elle ne s'est pas colorée en jaune, ni elle n'a pas fourni de précipité.

Traitée par l'iode, elle s'est colorée en violet bleuâtre, coloration qui indiquait dans cette liqueur la présence de la fécule provenant des mies de pain que nous avions reconnues se trouver dans ces poches.

Les haricots que contenait le petit flacon furent étendus sur du papier blanc et examinés. Nous reconnûmes : 1° qu'ils étaient au nombre de douze ; 2° qu'ils étaient mêlés à d'autres substances et notamment à de la graine de lin qui avait une couleur brune ; nous trouvâmes treize de ces grains. Nous en retirâmes, en outre, une petite pierre et une quantité notable de matières ayant un couleur noire, ce qui donnait à ces haricots un aspect désagréable, qui aurait dû dégoûter toutes les personnes à qui on en aurait servi.

La petite pierre isolée fut cassée et soumise à l'action de la chaleur sur des charbons ardens : mais pendant cette opération qui fut prolongée jusqu'à la faire rougir, elle n'éprouva aucune altération et ne donna lieu à aucune émanation odorante.

Une partie de ces haricots, six et demi, furent introduits dans un petit ballon en verre, puis soumis, pendant trois quarts d'heure, à l'action de l'eau distillée à l'aide de la chaleur. Une portion de la décoction obtenue fut filtrée et traitée par l'acide hydrosulfurique, en présence de la nommée C***. Aussitôt la liqueur se colora en jaune, et présenta tous les phénomènes qui caractérisent la solution d'acide arsénieux, traitée par l'acide hydrosulfurique.

On continua à faire bouillir, à plusieurs reprises, les haricots avec de nouvelle eau distillée, pour en séparer tout l'acide arsénieux. Toutes les décoctions furent successivement filtrées. Cette filtration fut très lente, elle dura douze heures. Le résidu de ces diverses décoctions fut mis à part pour être examiné à son tour. Voulant reconnaître si l'acide arsénieux avait pénétré dans l'intérieur des semences de haricots, cinq et demi de ces semences ont été, à l'aide d'un canif, privés avec le plus grand soin de leur épiderme, puis introduits dans un petit ballon avec de l'eau distillée et soumis à l'action de la chaleur, la décoction obtenue par ce traitement a été filtrée, et une portion de cette liqueur a été soumise à l'action de l'acide hydrosulfurique, en présence de la prévenue. Aussitôt la liqueur se colora en jaune et présenta tous les phénomènes qui caractérisent une solution d'acide arsénieux traité par l'acide hydrosufurique.

On continua à faire bouillir, à diverses reprises, les haricots avec de nouvelles eau distillée pour en enlever tout l'acide arsénieux, et à faire filtrer la liqueur. Cette filtration fut extrêmement longue ; elle dura à peu près autant de temps que la première. Le résidu fut réuni aux débris des haricots provenant de la première opération. La portion de l'épiderme enlevée des haricots fut aussi traitée par l'eau distillée à l'aide de la chaleur, la

décoction fut filtrée; elle fut réunie à la décoction obtenue des haricots qui n'avaient point été privés de leur épiderme. Le résidu fut joint aux deux premières dont nous avons parlé plus haut.

Les expériences faites plus haut, ayant démontré que les haricots, privés de leur épiderme, contenaient autant d'acide arsénieux que ceux qui en étaient munis, nous avons pensé qu'il serait convenable de réunir toutes les liqueurs afin de chercher, autant que possible, à déterminer la proportion d'arsenic que contenaient les douze haricots que nous avons eu à examiner.

Toutes les liqueurs étant réunies avec les portions de celles qui avaient déjà été essayées par l'acide hydrosulfurique, nous avons fait passer dans ces liqueurs un courant d'hydrogène sulfuré pour précipiter tout l'acide arsénieux à l'état de sulfure, et de recueillir ensuite ce dernier sur un filtre.

La liqueur, précipitée par l'acide hydrosulfurique, fut versée par petites portions à la fois, sur un très-petit filtre, pour ne pas disperser sur une grande surface le sulfure d'arsenic obtenu; mais cette filtration fut très-longue : elle dura trois jours qui furent entièrement consacrés à cette opération, à cause de la viscosité de cette liqueur qui était due à la grande quantité de fécule qu'elle tenait en dissolution.

Le sulfure ayant été recueilli sur un petit filtre, et lavé à l'eau distillée, la liqueur fut mise à part pour être examinée ultérieurement.

Le sulfure d'arsenic fut ensuite enlevé de dessus le filtre, d'où il aurait été impossible de le détacher mécaniquement, avec de l'eau ammoniacée, et l'opération fut conduite de telle façon, que le filtre lavé, et ensuite desséché, était complétement décoloré, ce qui prouve que le sulfure d'arsenic qui était adhérent à ce filtre avait été complétement dissous.

La solution ammoniacale fut ensuite évaporée jusqu'à siccité à une très-douce chaleur, dans une petite capsule de porcelaine. Au fur et à mesure que l'ammoniaque s'évaporait, on remarquait des zones de couleur jaune qui adhéraient aux parois de la capsule. A la fin de l'évaporation, on avait un résidu de couleur jaune.

Ce résidu fut ensuite traité par une quantité suffisante de solution de potasse caustique pour être complétement détaché de la capsule à la paroi de laquelle il adhérait fortement. Cette dissolution et l'eau de lavage furent évaporées dans un verre de montre, après avoir été mélangées avec une certaine quantité de *flux noir*.

La matière étant évaporée et suffisamment desséchée, on cassa le verre de montre, et on introduisit le tout dans un appareil distillatoire disposé *ad hoc*, et on procéda à la distillation. Le sulfure d'arsenic étant décomposé dans cette opération, l'arsenic métallique mis en liberté, vint se condenser dans la portion du vase distillatoire disposé de manière à ne rien perdre. Le poids de cet arsenic était de un centigramme, ce qui représente environ treize milligrammes d'acide arsénieux, oxide blanc d'arsenic.

D'après le dire de l'ordonnance, nous avons dû rechercher si, outre l'arsenic, les haricots ne contiendraient pas d'autres substances vénéneuses : à cet effet, les liqueurs réunies, desquelles nous avions séparé le sulfure d'arsenic par la filtration, furent évaporées dans une capsule de porcelaine et à une douce chaleur jusqu'à consistance d'extrait. Cet extrait avait une réaction acide très-faible sur le papier de tournesol; il n'avait pas de saveur amère ni acide; nous l'avons trituré pendant deux heures avec des quantités successives d'alcool à 36; l'alcool s'est à peine coloré en jaune. Evaporé jusqu'à siccité, cet alcool a laissé un résidu à peine sensible, de couleur jaune et qui n'avait qu'un goût légèrement salé. Ce résidu traité par l'acide nitrique concentré, n'a pris aucune teinte de couleur indiquant la présence d'une substance vénéneuse de nature végétale. Ce résultat négatif devait être prévu, l'extrait alcoolique n'ayant d'autre saveur que celle du sel marin; la partie de l'extrait insoluble dans l'alcool a été reprise par l'eau qui l'a dissoute en presque totalité, à l'exception de quelques flocons de matière végétale. La solution aqueuse filtrée n'a nullement changé par l'addition de l'hydrosulfate d'ammoniaque; la teinture d'iode l'a précipitée en bleu violacé, ce qui devait être, la solution contenant de la fécule provenant des haricots.

Le résidu solide formé de débris de haricots qui provenaient : 1° des haricots traités avec leur épiderme; 2° des haricots traités sans leur épiderme; 3° des débris de l'épiderme des haricots au nombre de cinq et demi, fut introduit dans un flacon et mis à tremper pendant 12 heures dans de l'eau saturée d'acide hydrosulfurique. Ces débris ne changèrent point de couleur, ce qui indique qu'ils ne contenaient plus d'acide arsénieux; d'autre part, qu'ils ne contenaient pas d'oxides métalliques susceptibles de se colorer par l'acide hydrosulfurique.

Ce résidu, séparé du liquide desséché, a été traité à plusieurs reprises par de l'alcool à 36 degrés bouillant. Les décoctions alcooliques, évaporées jusqu'à siccité, ont laissé une certaine quantité de matière grasse dans laquelle on n'a point reconnu de traces de matière toxique organique; enfin, le résidu du traitement par l'alcool a été desséché de nouveau, puis carboné et incinéré dans un creuset neuf de porcelaine, il a laissé une cendre volumineuse dans laquelle on a constaté l'existence du carbonate et de phosphate de chaux, de la silice, et d'une petite quantité d'oxide de fer, sans autre matière minérale.

Des faits qui précèdent, il résulte pour nous :

1° Que les haricots que nous avions à examiner contenaient de l'arsenic blanc (de l'acide arsenieux);

2° Que l'acide arsénieux paraît avoir pénétré dans les haricots par ébullition, l'acide ayant été reconnu dans les haricots privés de leur épiderme;

3° Que la proportion de cet acide était pour 12 haricots de 13 milligrammes;

4° Que les haricots ne contenaient pas d'autres substances vénéneuses;

5° Que les robes, au nombre de deux, et le tablier ne portaient aucun vestige ni parcelles d'arsenic;

6° Enfin, qu'il n'y avait point de traces de poison dans les poches du tablier de la nommé C***, ni dans la poche

de toile verte, de la robe à fond blanc, parsemée de pois verts, la seule robe qui eût une poche.

Mort par blessures du cou, suspicion d'homicide, opinions contradictoires des médecins; rapport de MM. Antoine Dubois, Boyer et Adelon.

Les rapports que l'on va lire ont été rédigés à l'occasion d'une femme, trouvée morte dans la cave de la maison qu'elle habitait conjointement avec son mari, et ayant au cou plusieurs blessures faites par un instrument tranchant. Dans ces rapports, les experts ont émis des avis différens; et aux débats qui ont eu lieu devant la Cour d'assises de Reims, les uns, sans exclure la possibilité du suicide, ont estimé que la mort de cette femme leur paraissait être plus probablement le résultat d'un homicide; d'autres experts, sans exclure absolument la possibilité d'un homicide, ont attribué la mort au suicide; enfin, un dernier a affirmé, sans restriction, qu'il y avait eu suicide. Une telle divergence d'opinions, dans un cas aussi grave, est bien faite pour attirer l'attention des gens de l'art, et cette divergence, en fournissant une preuve de la difficulté que présente en certains cas la distinction de l'homicide et du suicide, démontre la nécessité de publier, autant que possible tous le faits qui se rapportent à cette question.

PREMIER RAPPORT.

Examen du cadavre dans le lieu même où il a été trouvé.

« Je soussigné, D. M., requis de visiter le cadavre de madame C., trouvée morte dans sa cave, certifie ce qui suit :

« Le cadavre de la dame C. était gisant par terre, à l'extrémité d'une cave profonde, ayant deux rasoirs ouverts et teints de sang, l'un auprès de la main droite, et l'autre à côté du bras gauche, et les mains teintes de sang. La partie antérieure de ses vêtemens, depuis le cou jusqu'en bas, était très-imprégnée de sang. La bordure de la semelle de ses sabots était aussi teinte de sang. Vis-à-vis des pieds était un petit caveau, profond de cinq à six pieds, au fond duquel étaient deux mouchoirs, l'un de cou et l'autre de poche, tachés de sang; et à côté, le sol était imprégné de sang dans une étendue d'environ deux pieds carrés, de manière qu'on pouvait regarder qu'il y avait une livre de sang répandu. La paroi gauche du caveau offrait beaucoup de taches de sang, effet du jaillissement d'une artère ouverte, et une place qui indiquait que le sang y avait coulé plus abondamment.

« Ayant fait transporter le cadavre dans un lieu plus convenable pour le visiter, je n'ai remarqué qu'une petite quantité de sang, à l'endroit où reposait le cou.

« Le cadavre offrait la rigidité de la mort arrivée depuis douze heures; une solution de continuité transversale, produite par un instrument tranchant, située à la partie moyenne et antérieure du cou, au niveau de la partie inférieure du larynx, longue de quatre pouces; une autre petite plaie, n'intéressant que la peau, était située un peu à gauche et au-dessous de la première. La grande entaille comprenait la section complète de la glande thyroïde, dans laquelle on remarquait plusieurs coupures; une section dans le cartilage cricoïde; trois autres sections qui avaient comme haché profondément la partie supérieure de la trachée-artère, dans la longueur d'un pouce; et une autre section plus bas, qui avait partagé complétement la trachée-artère et ouvert la carotide primitive droite à sa partie interne. Le fragment inférieur de la trachée-artère était retiré d'environ un pouce.

« La quantité de sang perdu ne me paraissant pas assez considérable pour avoir produit la mort, je pensai que l'asphyxie, effet de l'écoulement du sang dans la trachée-artère, en avait été la cause prochaine. Ayant alors ouvert la poitrine, j'ai remarqué que les poumons étaient très-gorgés de sang noir, et la trachée-artère et les bronches obstruées par du sang en partie coagulé. Les cavités gauches du cœur étaient complétement vides. Afin de reconnaître d'une manière plus particulière l'ouverture de l'artère carotide et laisser intacte la *meurtrissure* (*sic*), après avoir coupé les carotides à leur naissance à l'aorte, j'ai introduit une sonde dans la carotide droite, et j'ai su, de cette manière, qu'elle était ouverte par une section transversale qui comprenait le tiers de sa circonférence à sa partie interne.

« D'où je conclus :

1° Que la blessure était de nécessité mortelle;

2° Que la mort a été produite par l'asphyxie, effet de l'introduction du sang dans la trachée-artère;

3° Que la solution de continuité a pu être produite par ladite dame C., et que les circonstances indiquent assez un suicide; car il paraîtrait qu'elle était à genoux ou baissée au moment de se porter le coup, qu'elle se serait relevée, et, dans ce moment, le sang aurait jailli après la muraille, et qu'étant suffoquée, elle serait retombée en arrière. « *Signé*, R... »

Après la visite du docteur Remi, le cadavre fut enterré, mais le juge d'instruction voulant obtenir, s'il se pouvait de nouveaux éclaircissemens, huit jours après ordonna l'exhumation du corps et il adjoignit au premier expert, M. Duquenelle, docteur en médecine, et M. Palle, officier de santé.

DEUXIÈME RAPPORT.

Examen du cadavre après l'exhumation.

Nous... etc., nous étant transportés au cimetière, conjointement avec M. le procureur du roi et M. le juge d'instruction, nous assistâmes à l'exhumation du cadavre, qui fut soumis à nos recherches. Nous remarquâmes :

1° Que toutes les parties lésées étaient dans l'état où on les avait laissées lors de la première visite, ainsi que

l'ont déclaré le maire et le médecin. Ainsi, il y avait une large ouverture faite par l'art, à la poitrine, et une seconde située au cou, qui avait occasionné la mort. Il n'y avait en aucune autre partie du corps, aucun signe de violence extérieure.

2° Portant notre attention particulière à la plaie du cou, nous avons reconnu d'abord qu'elle est transversale, d'environ quatre pouces d'étendue, située au-devant du cou, cependant, un peu plus à droite qu'à gauche, et se rapprochant près de la clavicule droite, sur son extrémité. La rétraction des lèvres de la plaie donnait à la surface dénudée une largeur d'un pouce et demi. Près de la commissure gauche de cette grande plaie, et au-dessous d'elle, se trouvait une seconde plaie, plus petite, n'ayant qu'un pouce de longueur, très-oblique de haut en bas et en dehors, comprenant toute l'épaisseur des tégumens seulement et ne se confondant pas avec la première dont elle se trouvait séparée par un isthme de peau d'une demi-ligne d'épaisseur. Les bords de ces deux plaies étaient fanés et déjà dans un état de putréfaction commençante, ce qui nous fit recourir aux lotions de chlorure d'oxide de sodium pour détruire la fétidité et nous permettre de faire des recherches plus scrupuleuses.

3° Avant de disséquer aucune partie, nous avons examiné les parties qui se trouvaient au fond de la plaie: nous y avons trouvé une première section transversale, à la hauteur du bord supérieur du cartilage cricoïde; puis une seconde section immédiatement au-dessous de ce cartilage; enfin une troisième très-oblique de haut en bas et en arrière qui coupait les huit premiers anneaux de la trachée-artère, et enfin sa partie membraneuse.

4° Nous avons remarqué que l'artère carotide primitive droite, à la hauteur du cinquième anneau de la trachée-artère, était ouverte horizontalement par une plaie qui intéressait sa paroi antérieure et interne et comprenait le tiers de la circonférence du tube de ce vaisseau.

5° Après cet examen, nous avons, avec grand soin, disséqué les parties blessées pour mieux en reconnaître les lésions. Ayant donc enlevé les tégumens, nous avons vu la glande thyroïde coupée transversalement en plusieurs endroits, surtout à droite. Cette glande ayant été enlevée, nous avons détaché le larynx et la portion restante de la trachée-artère, lesquelles examinées séparément, nous ont présenté les particularités suivantes: d'abord la pièce supérieure comprenait le cartilage thyroïde intact; le ligament crico-thyroïdien ouvert transversalement par une section qui descendant à droite, intéressait le cartilage cricoïde qui se trouvait coupé, dans cet endroit, de manière à laisser une petite portion triangulaire dont la base correspondait au côté droit, sans être totalement isolée du cartilage. Au-dessous de ce cartilage cricoïde, se voyaient à droite et à gauche les extrémités postérieures des huit anneaux cartilagineux de la trachée, dont la partie antérieure était restée avec la portion inférieure de la trachée. Une seule section paraissait avoir produit la division de tous ces anneaux et avoir été dirigée de haut en bas et en arrière, ce qui a produit l'inégalité de longueur des parties restantes.

6° Une chose curieuse et qui nous a paru digne de remarque, c'est que le bord supérieur du cartilage cricoïde offrait, vers l'extrémité gauche, cinq à six petites lames très-minces, comme imbriquées, et dont la plus superficielle, située à gauche, devait avoir été produite par un instrument tranchant dirigé par une main tremblante.

7° Nous avons examiné l'autre portion de la trachée-artère, nous l'avons appliquée à la portion supérieure et nous avons reconnu qu'il n'y avait point eu de perte de substance; aussi cette portion inférieure nous offrit-elle des portions d'anneaux successivement croissantes en grandeur.

8° Nous avons incisé le restant de la trachée-artère, ainsi que les bronches; nous avons remarqué qu'elles étaient pleines de sang noir, presqu'en totalité coagulé; les poumons eux-mêmes étaient gorgés de sang noir.

« Nous n'avons pas cru devoir pousser plus loin nos recherches, attendu que les lésions des parties examinées nous offraient complétement la connaissance de la cause de la mort.

« Nous concluons que les tégumens ont été intéressés par deux coups de rasoirs; l'un supérieur, très-grand, de gauche à droite et un peu en bas, fait par le rasoir tenu de la main droite; l'autre inférieur, oblique, de haut en bas et à gauche, plus petit, et paraissant avoir été fait par le rasoir tenu de la main gauche. Nous concluons, secondement, que dans l'espace formé par l'écartement subit des lèvres de la grande plaie transversale, plusieurs coups de rasoirs ont été portés au larynx et à la trachée-artère, savoir: l'un sur le bord supérieur du cartilage cricoïde, lequel coup paraît avoir été porté en hésitant et aurait produit les petites lames imbriquées dont nous avons parlé; un second coup au-dessous de celui-ci et qui a divisé le ligament sous-cricoïdien; un troisième, très-oblique, qui a fait la section des anneaux de la trachée-artère. Le troisième coup porté plus profondément que les autres, a intéressé l'artère carotide, et porté sans doute par la main droite, a dû rencontrer la partie interne et antérieure de l'artère. D'après toutes ces considérations, nous jugeons définitivement que l'hémorrhagie produite par la lésion de la carotide est la cause de la mort, tant par l'affaiblissement du sujet que par l'introduction du sang dans la trachée-artère, les bronches et les poumons. Et enfin, rapprochant la pluralité des coups, le peu de profondeur de plusieurs d'entre eux, la direction oblique des plaies, le lieu de lésion de l'artère, l'hésitation qui semble arrêter l'une d'entre elles, nous jugeons que la mort est l'effet d'un suicide, et que des différentes plaies, la plus petite a été faite par un rasoir tenu de la main gauche.

« *Signé :* D..., R... et P... »

Ce second rapport n'était pas moins affirmatif que

le premier. Pourtant, comme des dépositions testimoniales, il semblait résulter des charges suffisantes contre le mari de la femme C. pour motiver son renvoi devant la cour d'assises, ce renvoi eut lieu, et un troisième rapport fut demandé, sur le fait médico-légal, à MM. Boyer, Antoine Dubois et Adelon.

TROISIÈME RAPPORT.

« Nous, A. Dubois, A. Boyer, N. P. Adelon, professeurs à la faculté de médecine de Paris, etc., commis par une ordonnance de M. Baron, juge d'instruction de l'arrondissement de Reims, en date du 3 octobre, 1826, à l'effet de nous expliquer sur les questions de savoir : *si la dame C.*, qui a été trouvée morte dans une cave de sa maison, avec des blessures mortelles au cou, « a pu produire elle-même les blessures qui ont été con- » statées par les docteurs sur son cadavre, si la mort » a été instantanée; si la syncope qui a dû accompa- » gner l'hémorrhagie qui a eu lieu dans le petit caveau, » a pu permettre que la dame C. sortit de ce caveau et » vînt tomber en face de l'entrée, dans la position où » son corps a été trouvé ; sur le non-dérangement de » ses vêtemens, de son bonnet et de sa chevelure ; sur » les traces de sang reconnues sous ses sabots, lorsqu'il » y en avait peu dessus ; enfin, sur la situation des ra- » soirs, et, s'il est possible, en supposant le suicide, » qu'ils se soient trouvés aux endroits désignés par le » juge de paix.... » Nous avons pris connaissance de huit pièces relatives à l'affaire pour laquelle nous sommes consultés, savoir : l'ordonnance de M. le juge d'instruction de Reims, pour laquelle nous sommes réquis ; un procès-verbal de dépositions de témoins, par le même, en date du 11 juillet 1826 ; celui du juge de paix du canton de Châtillon-sur-Marne, relatif à la première levée du cadavre, le 31 mars 1826 ; le rapport du docteur Remi, sur le premier examen chirurgical fait du corps de la dame C., en date du même jour ; le procès-verbal de M. le juge d'instruction, relatif à l'exhumation faite du cadavre de la dame C., le 7 avril 1826 ; le rapport des docteurs Remi, Duquenelle et de M. Palle, touchant la même exhumation ; enfin, deux plans représentant, l'un la maison et les bâtimens du sieur C., l'autre la cave où a été trouvé le corps de la dame C.

« Avons ensuite fait, d'abord séparément, puis ensemble, une lecture attentive des susdites pièces, et y avons trouvé consignés les faits suivans :

« Le 30 mars dernier, entre six et sept heures du soir, la dame C. fut trouvée morte dans une cave profonde de sa maison, ayant plusieurs blessures au cou ; la mort était toute récente, car à cinq heures du soir la dame C. avait été vue dans sa cuisine avec son mari. Le lieu de la cave où était posé son cadavre était situé très-profondément, sans aucun jour à l'extérieur, et d'un accès difficile. Le cadavre y gisait sur le dos, la tête contre le mur et légèrement appliquée dessus, et les pieds en face d'un petit caveau formant une entrée.

« Dans ce petit caveau, en face des pieds du cadavre, et un peu à gauche, à quatre pieds environ de la défunte, étaient son châle et son mouchoir de poche, l'un et l'autre ensanglantés ; et, à côté de celui-ci, sur une surface du terrain de deux pieds carrés, une assez grande quantité de sang que le docteur Remi, appelé pour faire le premier examen du corps, a évalué à une livre. Dans ce même caveau, sur le mur, à gauche, sont, à la hauteur de 3 pieds 4 pouces du sol, beaucoup de taches de sang que le même chirurgien a jugées être les effets du jaillissement d'une artère ouverte, et une place qui indique que le sang y a coulé avec plus d'abondance. Enfin, à l'entrée de ce caveau, sur la muraille encore, à 2 pieds et demi de hauteur, étaient plusieurs autres taches de sang qui paraissait avoir moussé.

« Au contraire, il y avait fort peu de sang au point du sol auquel correspondait le cou blessé du cadavre. Celui-ci n'offrait nul dérangement dans ses cheveux, sa coiffure, ses vêtemens. Les vêtemens étaient seulement imprégnés de sang depuis le menton jusqu'en bas ; et tandis qu'il y avait peu de sang sur les sabots de la défunte, le dessous de ces sabots en était empreint.

« La main gauche était placée sur le sein gauche, et un rasoir était posé sur ce même sein, de manière à faire croire, dit le premier témoin qui a vu, qu'il s'était échappé de la main par suite de la perte de sang. Une secousse imprimée au cadavre par un des témoins, lors de la première visite, a fait couler ce rasoir entre le bras et le sein gauche ; il était ouvert à angle droit sur son manche, ensanglanté, et toute la main gauche, jusqu'au poignet était remplie de sang.

« La main droite était étendue à terre ; et, de son côté était également à terre, un autre rasoir, ouvert, comme le premier, à angle droit sur son manche, ensanglanté, et placé auprès du bras droit, à l'endroit de la saignée. A cette main l'extrémité seule des doigts était tachée de sang, ou du moins les taches de sang y étaient moindres qu'à la main gauche.

« Les deux rasoirs sont reconnus appartenant au sieur C., mari de la défunte.

« Le cadavre examiné douze heures après, c'est-à-dire, le 31 mai, à six heures du matin, n'a offert au docteur Remi aucune trace de violences extérieures, si ce n'est deux blessures au cou : 1° l'une est une plaie transversale faite par un instrument tranchant, située à la partie antérieure et moyenne du cou, au niveau de la partie inférieure du larynx, longue de quatre pouces. Elle comprend la section complète de la glande thyroïde, dans le tissu de laquelle on reconnaît plusieurs autres coupures ; une section dans le cartilage cricoïde ; trois autres sections, qui ont comme haché profondément la partie supérieure de la trachée-artère, dans la longueur d'un pouce ; et une autre section plus bas, qui avait partagé complétement la trachée dont le fragment inférieur s'était retiré d'un pouce, et qui avait ouvert, par une section transversale dans le tiers de sa circonférence, à sa partie interne, la carotide primitive droite ; 2° l'autre est petite, située un peu à gauche, et au-dessous de la première, et ne comprend que la peau. L'ouverture de l'intérieur du corps fait voir que les

cavités gauches du cœur sont vides, les poumons gorgés de sang noir, et la trachée-artère et les bronches obstruées par du sang en partie coagulé.

« L'auteur de ce premier rapport a conclu : 1° que la blessure était de nécessité mortelle ; 2° que la mort cependant a été produite plus par asphysie que par hémorrhagie, par suite de l'introduction du sang dans la trachée-artère ; 3° enfin que la blessure a pu être produite par la dame C., et que les circonstances indiquent assez un suicide. Selon lui, comme selon le juge de paix, qui assistait à ce premier examen du corps, la dame C. se serait ou mise à genoux, ou accroupie, ou baissée, au moment de se porter les coups, ayant la face tournée vers le fond du caveau ; puis se serait relevée, aurait fait quelques pas en arrière, et serait tombée la tête contre la muraille, dans la position dans laquelle on l'a trouvée.

« Une seconde visite du corps faite huit jours après, le 7 avril, après exhumation, par le même docteur Remi, assisté de M. Duquenelle, médecin de Reims, et de M. Palle, officier de santé, fait reconnaître aussi les deux mêmes blessures du cou. La plus grande est dite être plus étendue à droite qu'à gauche, et se rapprochant, par son extrémité, de la clavicule droite. On distingue dans son fond, une première section transversale à la hauteur du bord supérieur du cartilage cricoïde, une seconde section immédiatement au-dessous de ce cartilage ; enfin, une troisième, très-oblique, de haut en bas, et en arrière, qui a coupé les huit premiers anneaux de la trachée-artère et sa partie membraneuse, et qui, à la hauteur du cinquième anneau de ce canal, a ouvert l'artère carotide primitive droite à sa paroi antérieure et interne, dans le tiers de sa circonférence. La première de ces sections a intéressé le cartilage cricoïde dont une portion est coupée et qui, à son bord supérieur, à gauche, offre cinq à six petites lames très-minces, comme imbriquées, dont la plus superficielle, disent les rapporteurs, semblait produite par un instrument tranchant, dirigé par une main tremblante ; la troisième avait divisé complétement la trachée-artère, dont le fragment supérieur présentait les moitiés postérieures des huit anneaux coupés, et dont le fragment inférieur offrait les moitiés antérieures de ces mêmes anneaux.

« Les conclusions de ce second rapport, sont : 1° que deux coups de rasoirs ont fait les deux plaies que présente le cou du cadavre, la plus grande ayant été faite par un rasoir tenu de la main droite, et la plus petite, par un rasoir tenu de la main gauche ; 2° que dans l'écartement des lèvres de la grande plaie, trois autres coups de rasoirs ont été portés, un comme en hésitant sur le bord supérieur du cartilage cricoïde ; un autre, au-dessous, qui a divisé le ligament sous cricoïdien ; et un troisième plus profond qui, porté par la main droite, a divisé les anneaux de la trachée-artère et ouvert la carotide ; 3° que la mort a été causée par la lésion de l'artère carotide, a été produite par l'hémorrhagie et l'asphysie qui ont résulté de cette lésion ; 4° enfin, qu'en rapprochant la pluralité des coups, le peu de profondeur de plusieurs d'entre eux, la direction oblique des plaies, le lieu de la lésion de l'artère, l'hésitation que l'on remarque dans l'une des sections, la mort doit être jugée comme l'effet d'un suicide.

« Enfin, ayant ainsi acquis la connaissance de tous les faits relatifs à notre mission, nous les avons mûrement médités et discutés, et aujourd'hui, 17 novembre 1826, nous émettons unanimement, à leur égard, les conclusions suivantes :

1° En ce qui concerne la cause de la mort de la dame C., nous pensons que cette cause consiste dans la lésion de l'artère carotide, ainsi que l'ont dit les signataires des premiers rapports ; et, par conséquent, celle des deux plaies du cou dans laquelle cette artère était intéressée, était de nécessité mortelle.

2° En ce qui concerne le mode de la mort, que cette mort a été produite, à la fois, par asphyxie et par hémorrhagie, ainsi que l'ont dit encore les premiers médecins rapporteurs, ces médecins ayant trouvé, d'une part, les poumons gorgés de sang noir, et la trachée-artère et les bronches obstruées par beaucoup de sang noir, en partie coagulé, ce qui prouve l'asphysie; et de l'autre les cavités gauches du cœur complétement vides, et beaucoup de sang versé au fond et sur le mur du caveau, et sur les vêtemens de la dame C., ce qui prouve l'hémorrhagie.

3° Enfin, en ce qui est de la question de savoir si les blessures observées sur le cou de la dame C. sont le fait d'un suicide ou d'un homicide, question dans laquelle rentrent toutes celles qui nous sont faites par M. le juge d'instruction, déclarons penser autrement que les premiers rapporteurs ; et que s'il n'est pas pour nous démontré, au moins il nous paraît extrêmement probable, que ces blessures sont les effets d'un homicide. Nous puisons les motifs de notre opinion dans ce qui est établi de la situation dans laquelle a été trouvé le cadavre de la dame C., de celle des rasoirs, de la pluralité des blessures du cou, de leur direction, de leur profondeur et de leur situation.

« *Situation du cadavre.* — D'une part, il nous paraît évident que des deux blessures observées au cou de la dame C., la supérieure, celle dans laquelle la glande thyroïde était coupée et l'artère carotide intéressée, est la seule qui ait pu fournir la masse de sang, évaluée à une livre, qui a été trouvée sur le terrain, au fond du caveau, et produire les jets de sang observés à la hauteur de trois pieds quatre pouces du sol, sur le mur du même caveau, et qui sont rapportés au jaillissement d'une artère ouverte. L'autre plaie, qui n'avait qu'un pouce de long, n'a pu certainement produire un aussi grand épanchement de sang.

« D'autre part, il nous paraît également évident que quand cette blessure supérieure a été faite, la dame C. était à l'endroit du caveau où se voit la grande *marre* de sang, c'est-à-dire, au fond du caveau ; et en effet, il est dit qu'on ne trouva que peu de ce liquide à l'endroit de la cave où reposait le cadavre et qui correspondait au cou.

« Or, cette blessure supérieure du cou est, selon nous, telle de sa nature, que là où elle a été faite, c'est-à-

dire au fond du caveau, là, aussitôt, la dame C. a dû tomber. La mort, en effet, a dû être promptement la suite de cette blessure ; ou du moins, la perte abondante de sang et l'entrée de ce sang dans la trachée-artère qui en ont été les prompts effets, ont dû amener presque instantanément une syncope, et par suite, la chute de la dame C.

« De plus, d'après ce qui est dit de l'attitude baissée et penchée en avant, dans laquelle devait être la dame C., au moment où elle se serait porté les coups, la hauteur à laquelle sont, sur les murs du caveau, les taches de sang, obligeant de croire, dans la supposition du suicide, que cette dame était alors ou accroupie, ou à genoux, ou baissée, elle aurait dû tomber, non en arrière, sur le dos, mais en avant, sur la face.

« Cependant, c'est hors du caveau, à six pieds de distance de la première marre de sang, que son cadavre est trouvé ; et il est trouvé gisant sur le dos, comme si la dame C. était tombée en arrière après s'être relevée et avoir reculé de quelques pas. Nous le répétons, la nature de la blessure du coup nous fait juger, sinon absolument inadmissibles, au moins extrêmement peu probables ces dernières suppositions. On argue du sang qui était sous ses sabots. Mais que conclure de ce sang, s'il est extrêmement peu probable que la dame C. ait pu marcher, après avoir reçu la grande plaie ? Comment concevoir même l'existence de ces empreintes de sang, dans l'hypothèse qu'elle ait marché en arrière, la marre de sang qui aurait pu les faire, étant en avant ? On aurait dû voir, sur le sol de la cave, dans l'espace compris entre le lieu où était la grosse marre de sang, et celui où gisait le cadavre, de semblables empreintes. Nous ajouterons que, dans l'hypothèse d'une chute provoquée par une syncope, il n'est guère probable qu'on n'eût trouvé aucun dérangement dans les vêtemens, la chevelure et surtout le bonnet de la dame C. N'aurait-on pas dû trouver aussi quelques traces de la chute, comme ecchymoses, contusions à la tête ; d'autant plus que cette partie était, dit-on, légèrement appliquée sur le mur de la cave ? Enfin, l'attitude générale du cadavre qui est couché dans une complète extension, ne se rapporte pas à l'état d'abandon, de demi-flexion dans lequel tombent les personnes qui meurent pas syncope. Nous entrons dans tous ces détails, parce que, indépendamment de leur importance pour la question principale, ils sont des réponses à plusieurs des questions particulières que nous a faites M. le juge d'instruction, savoir : « si la mort de la dame C. a été » instantanée ; si la syncope qui a dû accompagner l'hé- » morrhagie qui a eu lieu dans le petit caveau, a pu » permettre que la dame C. sortît de ce petit caveau, » et vînt tomber en face de l'entrée, dans la position » où son corps a été trouvé ; *ce qu'on doit penser* des » traces de sang reconnues sous les sabots, lorsqu'il y » en avait peu dessus ; de ce qu'il n'y avait aucun déran- » gement dans les vêtemens, le bonnet et la chevelure. »

« *Situation des rasoirs.* — Si la dame C., selon nous, a dû tomber au fond du caveau, et être trouvée près de la masse de sang qui y existait, à plus forte raison les rasoirs qui sont supposés être les instrumens du suicide, auraient dû tomber et être trouvés au même lieu. En effet, lorsqu'un individu qui se suicide, s'est fait, avec un instrument tranchant, une blessure presque instantanément mortelle, aussitôt l'instrument lui tombe des mains. Il nous paraît donc impossible que la dame C. ait conservé dans chacune des siennes le rasoir dont on suppose qu'elles étaient armées ; et le lieu où ont été trouvés ces rasoirs, nous paraît une impossibilité, dans l'hypothèse du suicide. Cette impossibilité paraîtra plus grande encore, si l'on réfléchit que la dame C. s'étant porté plusieurs coups, pour hâter sa mort, aurait dû, après les premiers, abandonner un des rasoirs et n'agir qu'avec l'autre, pour se donner enfin le coup mortel ; de sorte qu'un des rasoirs au moins, aurait dû tomber près de la grande masse de sang où ont été portés les premiers coups. Du reste, il est à regretter qu'on n'ait pas fait un examen attentif des rasoirs, et qu'on n'ait pas recherché s'ils n'avaient pas éprouvé quelque ébrèchement, par suite de leur chute. Nous ferons remarquer aussi, mais sans attacher à ces remarques autant d'importance qu'aux précédentes : 1° qu'il n'est pas ordinaire de se servir de deux rasoirs à la fois, pour se suicider ; 2° et qu'il est rare aussi que les rasoirs qu'on emploie à cet effet, soient ouverts à angle droit sur leur manche. Ordinairement, ils sont ouverts tout à fait, de manière que la lame est sur la même ligne que le manche ; et c'est ainsi, surtout, qu'aurait dû en user une femme qui n'a pas l'habitude de manier de pareils instrumens.

« *Pluralité des plaies.* — Le plus ordinairement, les personnes qui se suicident ne se font qu'une seule blessure (1) ; si elles ont le courage ou la force de s'en faire plusieurs, toutes sont légères, excepté une qui est plus grave ou même mortelle, et qui a été faite la dernière. Or, ce qu'on a constaté chez la dame C. est encore en contradiction avec cette observation. Sans doute, il serait très-possible que la dame C. se fût fait, d'abord la blessure inférieure du cou, et ensuite la blessure supérieure qui pénétrait jusque au-delà de la glande thyroïde ; mais dans l'écartement des lèvres de celle-ci, disent les rapporteurs, plusieurs autres coups de rasoir ont été portés : un au niveau du bord supérieur du cartilage cricoïde et ayant entamé le tissu de ce cartilage ; trois autres qui ont comme haché profondément la partie supérieure de la trachée-artère dans la longueur d'un pouce et qui ont divisé, de nouveau, en plusieurs points, le tissu de la glande thyroïde déjà coupé ; enfin,

(1) Proposition non absolue, et qui est démentie par beaucoup de faits ; j'ai donné des soins à un homme qui s'est donné sept coups de canif ; à un autre qui après s'être ouvert la trachée, s'est donné plusieurs coups de canif. Un magistrat après s'être porté plusieurs coups de rasoir, pour s'ouvrir la jugulaire, s'est donné plusieurs coups de couteau, en criant avec une sorte de fureur, *qu'il en coûte pour se tuer* ! Après plusieurs plaies très-profondes, il a marché à grands pas dans sa chambre où il a accompli son suicide.

un dernier, oblique en bas et en arrière, qui a divisé les huit premiers anneaux de la trachée-artère. Il nous semble, sinon tout à fait impossible, au moins peu probable, que la dame C. ait pu se porter tous ces coups : ce que l'on dit de son moral ne donne pas à penser qu'elle ait eu le courage de le vouloir ; et, en supposant qu'elle l'eût voulu, la force physique lui aurait manqué.

« *Situation, profondeur et direction des plaies.* — Enfin, la situation, la profondeur et la direction des blessures de la dame C., contredisent encore, selon nous, la supposition du suicide. En premier lieu, le plus généralement, les personnes qui se coupent la gorge, portent l'instrument très-haut sur le cou, immédiatement sous le menton ; et chez la dame C. la blessure la plus haute n'est qu'au niveau de la partie inférieure du larynx ; nous ne présentons pas cependant ce fait comme exclusif du suicide. En second lieu, bien que souvent ces personnes se fassent des blessures profondes, il est rare d'en observer, chez elles, qui le soient autant que chez la dame C ; nous allons en mentionner une qui descend jusque dans la poitrine. Enfin, les blessures du cou, chez les personnes qui se sont suicidées, sont presque toujours transversales, ou dans une direction un peu oblique de bas en haut et de gauche à droite, ou de droite à gauche si elles sont gauchères ; et parmi celles que présente la dame C. il en est une si oblique de haut en bas, et de devant en arrière, qu'elle a coupé les huit premiers anneaux de la trachée, et séparé la moitié antérieure de ces anneaux de la postérieure. Or, le huitième anneau de la trachée est caché derrière le sternum, à un pouce dans le thorax, et il est difficile de croire qu'une personne qui se suicide, puisse faire pénétrer l'instrument jusque-là. Cela a dû être d'autant plus difficile chez la dame C. que cette dame se faisant, dit-on, cette blessure avec la main droite, la clavicule droite, par le mouvement du bras de ce côté, a dû être élevée, et rendre plus difficile à atteindre chez elle, le huitième anneau de la trachée-artère. Ajoutons que, ici, des parties fort dures, le cartilage cricoïde, les anneaux de la trachée-artère, ont été coupés et ont exigé que l'instrument fût mu avec une assez grande force. A cet égard, nous exprimerons de nouveau le regret, qu'on n'aie pas examiné la lame des rasoirs ; on aurait vu si cette lame était ébréchée, comme cela aurait dû être très-probablement, après avoir coupé et comme haché des parties cartilagineuses. Nous regrettons aussi que les rapporteurs, selon le précepte émis en médecine légale, n'aient pas adapté les rasoirs aux plaies, pour voir si leur lame était en rapport avec les dimensions, la profondeur et la direction de celles-ci. Enfin, nous ferons remarquer que la main droite de la dame C présentait bien moins de sang que la gauche ; et cependant elle aurait dû en être couverte ainsi que le bras droit, cette main droite étant celle que l'on suppose avoir effectué la plaie mortelle, et devant s'être trouvée exposée principalement aux jets de l'artère ouverte, qui était la carotide primitive droite.

« D'après toutes ces raisons, nous, docteurs soussignés, concluons encore une fois, que s'il n'est pas absolument démontré, au moins il est extrêmement probable que la dame C. ne s'est pas fait elle-même les blessures qui ont été constatées sur son cadavre. »

Lettre de M. Adelon à M. Leuret, rédacteur principal des Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale, sur l'affaire de madame C..., dont il est question dans cet article.

Monsieur,

Par cela seul que je suis signataire d'un des rapports qui ont été faits dans l'affaire de Mme C..., vous avez cru devoir me communiquer d'avance la publication que vous en faisiez dans vos Annales. Veuillez en recevoir mes remercîmens. J'ai l'habitude d'inscrire sur un registre tous les cas le médecine légale dans lesquels je suis consulté ; j'y transcris, à côté du texte des rapports que je fais, l'analyse des pièces relatives à l'affaire, ainsi que les réflexions que m'ont inspirées les débats, quand j'y ai été appelé. Votre publication m'a engagé à consulter ce registre ; et à la date du 15 mai 1827, j'y ai trouvé quelques notes qui ajouteront à ce que vos lecteurs puiseront dans les rapports que vous publiez, et qui, en même temps, pourront servir à poser des préceptes utiles pour la distinction si difficile des cas d'homicide et de suicide.

D'abord, dans aucun des rapports que vous publiez, il n'est parlé de l'état physique et mental de la dame C..., et cependant la connaissance de cet état pouvait être utile à la solution de cette question. Voici ce qui est noté sur mon registre à cet égard. La dame C... était âgée de 46 à 48 ans, petite, grasse, *douillette*, peureuse, depuis longtemps souffrante : se plaignant sans cesse, elle disait ne devoir jamais guérir, et souffrir *au point d'avoir envie de se jeter à l'eau pour en finir.* Du moins, c'est ce que déposèrent son mari, sa servante, des voisins et voisines. Une de celles-ci, qui avait vu fréquemment la dame C... dans les trois jours qui ont précédé l'événement, lui avait entendu dire alors, que ses souffrances étaient telles, qu'*elle ne tenait pas plus à la vie qu'un poulet.*

Mais, si ces premiers faits étaient de nature à constituer une présomption en faveur du *suicide*, malheureusement ils étaient contrebalancés par des faits contraires. La déposition du mari était suspecte, puisqu'il était en état de prévention. Quelques faits, qu'il serait trop long de rapporter ici, empêchaient aussi qu'on ajoutât toute foi à celle de la servante. Enfin, une voisine qui avait passé avec la dame C... les six heures qui avaient précédé l'événement disait, qu'à la vérité cette dame s'était plainte alors de son mal, s'en affligeait hors mesure, mais qu'elle ne lui avait jamais manifesté aucune intention de se détruire, et qu'elle n'avait remarqué en elle rien qui pût lui faire présumer qu'elle dût aussitôt se suicider. D'ailleurs, un autre trait saillant du moral de la dame C... qu'attestaient tous les témoins, était une extrême pusillanimité, et cette pusillanimité faisait justement douter : 1° qu'elle eût pu accomplir un suicide

avec les formes que présentait celui-ci ; 2° et qu'elle ait pu aller soudain l'effectuer au fond d'une cave tout-à-fait obscure, à 56 pieds de tout jour extérieur, d'une entrée difficile, et où elle ne pénétrait jamais.

Ainsi, sous ce premier point de vue, l'enquête ne conduisait qu'au doute, et force était aux médecins-experts de chercher des lumières dans les autres circonstances de la cause.

On a vu que, dans le premier rapport de M. R..., cet homme de l'art n'est positif que sur la cause et le mode de la mort. Quant à la question *du suicide* et de l'*homicide*, il n'exprime qu'une *possibilité* et une *probabilité :* la solution de continuité, dit-il, *a pu* être produite par la dame C... ; et les circonstances, ajoute-t-il, *indiquent assez un suicide.* Et comme son rapport ne mentionne que la situation du cadavre, les blessures qu'il présente, le lieu de la cave où il a été trouvé du sang, etc., il s'ensuit que c'est dans *ces circonstances* qu'il trouve *une indication de suicide.* Or, on a vu que c'était d'après ces mêmes faits que les derniers experts avaient au contraire conclu à la *probabilité de l'homicide.* Du reste, ces deux rapports, le premier et le dernier, n'exprimaient l'un et l'autre qu'une *probabilité ;* et, en effet, le plus souvent l'art ne peut pas plus en ces sortes de cas.

Au contraire, le deuxième rapport signé D... R... et P..., porte des conclusions absolues : non-seulement il y est dit que la *mort est l'effet d'un suicide ;* mais on y nombre les coups de rasoirs qui ont été portés ; on y spécifie quelles blessures ont été faites par le rasoir tenu de la main gauche, et quelles ont été celles faites par le rasoir tenu de la main droite. Il est de règle en médecine légale, que tout rapport contienne les faits sur lesquels sont fondées les conclusions qui le terminent, et cela afin que chacun puisse juger de la justesse de ces conclusions. Or, nous demanderons quels sont, dans ce deuxième rapport, les faits qui conduisent inévitablement aux conclusions qui y sont portées. Ce rapport a pour base un deuxième examen du cadavre fait huit jours plus tard que le premier, et après exhumation il ne porte plus que sur les plaies du cou ; on n'ajoute rien aux autres faits concomitans de la cause, savoir, la situation du cadavre dans la cave, la quantité de sang écoulée, le lieu où il est en plus grande masse déposé, etc. Et cependant il ne s'agit plus, comme dans le premier rapport, de simples *possibilités* et *probabilités ;* mais on affirme 1° que *la mort est l'effet d'un suicide ;* 2° que *les plaies ont été faites par des rasoirs ;* 3° que *telles de ces plaies ont été faites par le rasoir gauche, et telles autres par le rasoir droit.* Nous ne pouvons que blâmer ce rapport ; 1° parce qu'il ne mentionne aucun fait justificatif de ses conclusions, ainsi que cela est obligatoire en tout rapport ; 2° parce que d'après la seule vue des plaies du cou, il assure le *suicide*, ce qui certes ne suffit pas : il n'est aucune plaie qu'on peut se faire soi-même, qui ne puisse être également faite par un assassin. On peut bien, par l'inspection seule, déclarer que telles blessures sont exclusives du *suicide*, la décollation, par exemple ; mais on ne peut, d'après cette seule inspection, en déclarer aucune qui soit exclusive de l'*homicide ;* il faut, pour cela, les autres élémens de la cause. 3° Enfin, parce qu'il affirme que les plaies ont été faites par des rasoirs, tandis que nous dirions plus bas que dans l'espèce on avait omis de faire les recherches propres à prouver que les rasoirs trouvés près du cadavre, étaient vraiment les instrumens vulnérans.

Arrivons aux débats : d'abord, je ferai une réflexion sur la direction qui leur fut donnée. Le premier témoin entendu fut un des auteurs du dernier rapport. Cette marche me parut déraisonnable. Les derniers experts n'étaient appelés que pour porter une opinion sur des faits qu'ils n'avaient pas vus, et qui leur étaient seulement racontés ; il me semble dès-lors qu'il fallait d'abord faire établir ceux-ci par les témoins qui avaient vu ; ainsi les jurés instruits de tous les détails de l'affaire auraient mieux compris nos déductions. On s'y refusa ; et il fallut conséquemment commencer, par faire aux jurés l'exposition d'une affaire qu'ils ne connaissaient encore que par la lecture de l'acte d'accusation, et par l'interrogatoire de l'accusé ; et il fallut les avertir que nos déductions ne devaient être admises qu'autant que les faits d'après lesquels nous raisonnions seraient reconnus vrais aux débats. Ecoutons maintenant chacun des experts.

M. R..., après avoir rappelé les faits consignés dans le premier et le deuxième rapport, conclut au *suicide ;* n'ajoutant rien d'important pour justifier cette conclusion, sinon qu'ayant été appelé plusieurs fois avant l'événement pour donner des soins à la dame C....., il avait constaté son état maladif et n'avait pas été étonné qu'elle se fût tuée. Il persista aussi, malgré les oppositions de ses co-signataires D... et P..., dans cette conjecture, qu'il avait exprimée dès l'origine, que la dame C... était ou à genoux, ou accroupie, ou inclinée en avant, au moment où elle s'était frappée.

M. D..., bien qu'il n'ait vu le cadavre que lors de l'exhumation, fut encore plus affirmatif du *suicide ;* et les experts de Paris, dit-il, auraient pensé comme lui s'ils avaient voulu voir les faits avec simplicité et d'une manière naturelle. Ce qui les a trompés, ce sont des suggestions qu'ils ont reçues à Paris ; et surtout l'hypothèse absurde qu'a faite le premier rapporteur, que la dame C... pour se frapper s'était accroupie, ce qui leur a fait dire qu'on aurait dû trouver son cadavre tombé en avant. Selon lui, au contraire, la dame C... s'est penchée en arrière au moment où elle s'est frappée, et c'est ce qui a déterminé sa chute en ce sens. L'argument tiré de la situation des rasoirs, non au lieu où le sang a coulé, mais à celui où repose le cadavre, n'est pas davantage convaincant ; la syncope a pu n'être pas si instantanée, que la dame C... n'ait pu les conserver en ses mains ; il a vu une personne qui s'est suicidée à Reims en se coupant la gorge, et qui, après s'être ouvert les deux carotides, a pu encore refermer le rasoir avec lequel elle s'était frappée. M. D... affirmant le *suicide*, décrit longuement, et avec détails, comment la scène a dû se passer dans la cave, comment la dame s'est placée, comment chaque main a agi, ce qui est dû à chaque rasoir, etc. ; il ne

lui manque que de donner les preuves de toutes ces assertions. Il oublie enfin, que son unique rôle était celui d'un *témoin* qui a à exposer les faits qu'il a vus, et d'un *expert-médecin* qui a à porter sur ces faits et sur ceux qui seront établis d'autre part aux débats, un avis d'après les principes de la médecine.

M. P. enfin ne s'occupa nullement des faits; il se borna à commenter le rapport des derniers experts pour en contester les argumens; il n'y avait pas entre la tête du cadavre et le lieu de la cave où était la grosse masse de sang, une distance telle que le cadavre n'eût pu être au lieu où il a été trouvé par le fait seul de la chute, et sans qu'il soit besoin de supposer que la dame C... a marché, en arrière après sa blessure. La syncope, d'ailleurs, n'a pas été instantanée. Une seule objection nous a paru fondée, nous avions dit que, dans l'hypothèse du suicide, la main droite aurait dû être plus ensanglantée que la gauche, cette main étant celle qu'on suppose avoir ouvert la carotide; M. P... remarque que cette artère ayant été ouverte en dedans, son jet devait avoir plus spécialement porté sur la main gauche.

La seule remarque critique que je ferai sur tous ces dires des experts, et que je ne me permets qu'à cause de sa grande utilité pour la science, c'est qu'ils n'étaient que des suppositions avancées sans preuves; jamais un expert ne doit avancer dans des débats une assertion, sans la faire précéder des faits de la cause qui lui ont servi à l'établir.

Seul des trois signataires du dernier rapport, j'assistais à l'assise; MM. *Dubois* et *Boyer*, retenus par maladie, ne purent y comparaître. Voici à peu près quelle fut ma déclaration, qui ne fut du reste et ne pouvait être qu'un commentaire et une explication de notre rapport.

Consultés sur la question de savoir, si les blessures trouvées sur le cou de la dame C... et qui sont la cause de sa mort, sont le fait d'un *suicide* ou d'un *homicide*, nous pensons, en ne jugeant que d'après les faits médicaux de la cause, que ces blessures *sont plus probablement le fait d'un homicide*. Mais tout d'abord, nous insistons sur ce premier point, que notre jugement ne spécifie qu'*une probabilité;* la distinction du suicide et de l'homicide est une des questions les plus ardues de la médecine légale; il est rare qu'on puisse présenter sur elle autre chose que des *probabilités;* et nous ne croyons pas pouvoir plus dans le cas présent.

Nos motifs ont été rapportés à six chefs dans notre rapport. Nous allons les exposer le plus clairement possible à la Cour et à MM. les jurés.

1° *Situation dans laquelle le cadavre a été trouvé.* — On sait que le cadavre a été trouvé à 6 pieds 2 pouces du fond de la cave, couché sur le dos, la tête tournée du côté de l'entrée, et appuyé un peu sur le mur. Or, en raisonnant dans l'hypothèse du suicide, il nous semble qu'il aurait dû être trouvé au fond de la cave, plus près du lieu où existait la plus grosse masse de sang, et qu'il aurait dû y être placé sur le ventre, la tête placée du côté du fond du caveau. Voici nos raisons pour penser ainsi.

D'abord, évidemment, les blessures qui ont tué la dame C... n'ont pas été faites au lieu où son cadavre a été trouvé : elles ont été *faites ailleurs :* car il y avait peu de sang au lieu du caveau où gisait son corps; au contraire, au fond du caveau, à 6 pieds 2 pouces de distance du point où était la tête, il y en avait une quantité considérable qui n'aurait pu être projetée.

Evidemment encore, la dame C..., au moment où elle a été blessée, était *au fond du caveau;* car là, se trouve une masse de sang évaluée une livre, une bouteille et demie par le premier rapporteur, et rassemblée sur un pied de surface. Au même endroit étaient son châle et son mouchoir également ensanglantés. Enfin, sur les parois du caveau, à gauche, au même lieu, sont sur le mur des traces de sang résultant du jaillissement d'une artère ouverte.

Elle y était *la face tournée vers le fond du caveau:* car c'est à la partie antérieure du cou que sont les blessures qui ont fourni le sang; et entre le mur et la masse de sang concentrée en un seul point, il n'y a pas assez de place pour que la dame C... ait pu s'y poser. Si, d'ailleurs, elle eût eu le dos tourné vers le fond du caveau, on aurait trouvé, en raisonnant dans l'hypothèse du suicide, le cadavre tombé sur le ventre à l'entrée du caveau, et non dans la situation indiquée.

Enfin, elle y *était debout*, car beaucoup de sang a coulé en avant le long de ses vêtemens; et l'on observe sur le mur des taches de sang à 3 pieds et quelques pouces de hauteur : et elle y était *un peu penchée en avant,* car il y a du sang rassemblé en masse en un seul point, sur une surface d'un pied carré.

Ces premiers points établis, voyons si, dans l'hypothèse du suicide, la dame C..., après s'être fait les blessures qui l'ont tuée, a pu aller tomber au lieu où son corps a été trouvé, et a pu y tomber dans la situation qui a été indiquée.

De ces blessures, une seule est importante, la supérieure; c'est elle seule qui a causé la mort par l'hémorrhagie à laquelle elle a donné lieu. Nous négligerons l'inférieure qui n'intéressait que la peau. Nous disons seulement que dans l'hypothèse du suicide, celle-ci a dû être faite la première, et certainement avant celle qui a causé la mort.

De la plaie supérieure du cou, qu'a-t-il dû immédiatement résulter ? *Un grand écoulement de sang :* les faits et le raisonnement le disent à la fois. D'une part, dans cette plaie, le corps thyroïde était coupé en entier, et cet organe contient de nombreux vaisseaux : de plus, l'artère carotide était ouverte, et a dû verser aussitôt le sang à grands flots. D'autre part il y a preuves matérielles d'un grand écoulement de sang; il en a jailli sur les murs du caveau; il en a coulé abondamment le long des vêtemens de la dame C... en avant; enfin, on en a trouvé sur le terrain une masse concentrée sur un pied carré de surface; et la quantité de cette masse a été évaluée, par le premier rapporteur, à une livre, à une bouteille et demie. Et si l'on réfléchit, que déjà 12 heures s'étaient écoulées depuis l'événement; que la terre avait dû en absorber une partie; qu'une

autre s'était volatilisée ; que par suite de la coagulation toute la partie séreuse du sang avait dû se séparer et avoir été bue par le terrain ; on conclura que si l'on eût fait l'examen au moment même de l'événement, on aurait probablement porté plus haut encore l'estimation de la quantité de sang versé.

Or, ce grand écoulement de sang a dû amener promptement la perte de connaissance de la dame C..., par suite sa chute, et enfin sa mort : et cela : 1° ou par *syncope* seulement, consécutivement à la perte de sang ; 2° ou par *asphyxie*, consécutivement à l'entrée du sang dans la trachée-artère ; ce canal était en entier coupé en travers ; 3° ou enfin par ces deux causes à la fois.

Si la perte de connaissance a été soudaine, il est évident : 1° que la dame C... a dû tomber au lieu même où elle s'est frappée, au lieu où la grande masse de sang est déposée au fond du caveau ; 2° qu'elle a dû tomber, la face en avant, sur le ventre, car c'est ainsi que tombent en général tous les syncopés, et d'ailleurs nous avons dit qu'elle était penchée en avant. Conséquemment, dans la supposition que la perte de connaissance a été prompte, comme tout porte à le croire, il est impossible de s'expliquer, dans l'hypothèse du suicide, la position dans laquelle le cadavre a été trouvé, à 6 pieds 2 pouces de distance du fond du caveau, couché sur le dos, et la tête opposée au fond du caveau.

Mais cette perte de connaissance n'a-t-elle pas pu être plus tardive ? et n'a-t-il pas été possible que la dame C. fit quelques pas en arrière, pour aller tomber au lieu du caveau où son corps a été trouvé ? Nous conviendrons d'abord, qu'il est difficile de déterminer, en secondes et en minutes, le temps qui s'est écoulé entre le moment où la blessure a été faite, et celui où la dame C... a perdu connaissance et est tombée ; cela n'a pu varier que de quelques secondes à une minute. Les rapporteurs qui se prononcent pour *le suicide*, croient que la syncope n'a été que tardive et graduelle ; il y a certainement témérité à rien affirmer ici ; on ne peut faire que des présomptions ; et certainement, à juger d'après la quantité de sang perdue, le calibre des vaisseaux ouverts, l'entrée du sang dans la trachée-artère, etc., il y a plus de probabilité que la perte de connaissance et la chute ont été soudaines.

En second lieu, que la perte de connaissance soit survenue promptement ou après une ou deux minutes seulement, qu'importe si, en continuant de raisonner dans l'hypothèse du suicide, la dame C... est restée au lieu du caveau où elle s'est frappée, tant qu'elle a pu, et n'a quitté ce lieu que par la syncope ; c'est-à-dire, quand elle est tombée. Or, c'est ce qui paraît avoir été, puisqu'on n'a trouvé du sang qu'au fond du caveau, et qu'on n'en a découvert aucunes traces dans l'espace qu'elle aurait eu à parcourir du fond du caveau à l'entrée.

Enfin, pour appuyer la conclusion du *suicide*, le premier rapporteur a dit que la dame C ... était *à genoux* ou *baissée en avant*, au moment de se porter les coups ; puis, qu'elle *s'était relevée, avait fait quelques pas en arrière, et était ensuite tombée dans le même sens*, au lieu du caveau où son corps a été trouvé. Nous voyons bien des faits propres à faire admettre le premier point, c'est-à-dire que la dame C..., au moment où elle a été frappée, était, sinon à genoux, au moins *penchée en avant*. Comment expliquer autrement le sang qui se montrait en abondance sur les parties antérieures de ses vêtemens, ainsi que cette concentration du sang en masse sur une surface d'un pied carré ? Mais nous ne remarquons aucuns faits qui prouvent le deuxième point, c'est-à-dire que la dame eut fait quelques pas en arrière après s'être relevée ; nous avons déjà dit qu'il n'a été trouvé aucunes traces de sang dans l'espace qu'elle aurait eu à parcourir : et que bien probablement la dame C... est restée au fond du caveau jusqu'au moment où la perte de connaissance l'a fait tomber. Pour prouver que la dame C... a marché, a reculé, de manière à pouvoir venir tomber à l'entrée du caveau, on a parlé d'empreintes de sang sous les sabots de cette dame : mais sur le sol de la cave, que dans cette hypothèse, la dame C... aurait dû fouler, il ne devait pas y avoir de sang propre à faire empreinte sous ses sabots. Cette assertion du premier rapporteur, que la dame C... s'est relevée, et a fait quelques pas en arrière, n'est donc qu'une supposition, qu'aucun fait ne révèle, et contre laquelle, au contraire, milite la très-grande probabilité que la perte de connaissance a été soudaine.

Pour rendre raison de toutes les circonstances de l'événement avec l'hypothèse du suicide, il ne suffisait pas d'admettre que la dame C ... après s'être blessée, aura pu se relever, et faire quelques pas en arrière ; il faudrait en outre prouver qu'elle a *pu* tomber en arrière, la tête du côté opposé au fond du caveau. Or, nous avons déjà dit, que dans l'hypothèse du suicide, le cadavre de la dame C... aurait dû être trouvé, au fond du caveau, et non à son entrée, sur le ventre, et non sur le dos, et la tête vers le fond du caveau, et non du côté de son entrée. En effet : 1° c'est en avant que tombent en général tous les syncopés, quand ils n'étaient pas, au moment où la syncope les a saisis, dans une attitude qui inclinât leur corps en arrière ; 2° cela devait être surtout chez la dame C..., qui était grasse, replette, avait un gros ventre ; 3° enfin, cela ne pouvait pas être autrement, dans l'attitude d'inclinaison en avant que le premier rapporteur avait supposée à la dame C... et que nous avons dit s'appuyer en effet sur certains faits. Il est vrai que les seconds rapporteurs, MM. D... et P... ont réfuté avec amertume l'assertion qu'avait émise ici le premier rapporteur, M. R... ; ils ont bien senti qu'avec la supposition que la dame C... *était penchée en avant*, il était impossible de comprendre qu'elle fut tombée en arrière sur son dos ; ils ont avancé que la dame C... était au contraire très-penchée en arrière quand elle s'est suicidée. Mais d'une part, nous avons vu que quelques faits dans la cause prouvent que la dame C... avait dû *être penchée en avant*, quand elle a été frappée ; et d'autre part, il est certain que l'assertion de MM. D... et P... qui n'ont vu que lors de l'exhumation, est bien plus une supposition gratuite

que celle de M. R . . . qui avait vu le cadavre dans la cave, et qui écrivait sous l'empire des impressions qu'il avait reçues.

Ainsi donc, c'est parce qu'il est *certain* que la dame C... a reçu les blessures qui l'ont tuée dans un lieu autre que celui où son cadavre a été trouvé ; c'est parce qu'il y a, sinon impossibilité absolue, au moins très-*peu de probabilité*, que la dame C..., après sa blessure, ait pu se mouvoir encore, de manière à venir tomber au lieu où son cadavre a été trouvé, et dans la situation qui a été décrite ; c'est enfin parce qu'en raisonnant dans l'hypothèse du suicide, toutes *les probabilités* sont qu'elle aurait dû tomber au lieu même où elle a été frappée, ou très-près, et qu'elle aurait dû y tomber sur le ventre, et la tête du côté du fond du caveau ; c'est par toutes ces raisons que nous avons conclu que *la situation du cadavre*, par cela seul qu'elle n'était pas ou était difficilement explicable dans l'hypothèse du suicide, constituait une *probabilité* pour l'*homicide*. Ajoutons que, dans l'hypothèse d'une chute en arrière, et la tête ayant été trouvée appuyée sur le mur du caveau, le cadavre aurait dû présenter quelques traces de cette chute, ecchymoses, contusions, etc. Une personne qui tombe ainsi en arrière et de sa hauteur sur un mur, le plus souvent se fait de ces sortes de lésions.

Nous passons sous silence deux faits : 1° qu'il n'y avait nul dérangement dans la coiffure, les vêtemens de la dame C...,; 2° que son corps ne présentait aucuns signes de violence extérieure ; parce que ces deux faits ne prouvent ni pour ni contre le suicide ou l'homicide. Une personne homicidée par surprise peut, sous ces deux rapports, apparaître aussi indemne que celle qui s'est suicidée ; et encore cela est-il plus difficile à admettre dans la supposition d'une chute consécutive à une syncope.

Mais nous devons signaler une grave omission qui a été faite par le premier officier judiciaire et par le premier médecin rapporteur. Ils n'ont pas examiné avec soin les mains de la dame C.... les *mains étaient teintes de sang* est-il dit seulement dans le rapport de M. R..... On se borne à cette généralité, et nuls détails ne sont donnés sur la quantité de sang que présentent les mains, sur les dispositions des taches de sang qu'elles offrent. Cependant, puisqu'on soupçonnait un suicide, c'était un examen nécessaire; on aurait pu reconnaître dans les mains, des empreintes, indices de la manière dont les instrumens vulnérans avaient été tenus ; et tandis que le sang eût taché les parties des mains qui étaient à nu, il aurait laissé blanches celles qui auraient été en contact avec l'instrument. Il y a eu ici oubli d'un des préceptes de notre art, et son accomplissement eût pu fournir des lumières à la justice.

2° *Examen des rasoirs, leur situation.* — Une première remarque qu'il importe de faire touchant les rasoirs, c'est qu'on ne peut plus être certain désormais que ce sont eux qui ont fait les plaies du cou, qu'autant que le *suicide* sera démontré d'autre part ; car leur présence près du cadavre, leur état ensanglanté, ne prouvent rien; on aurait pu les y placer pour éloigner l'idée de l'*homicide*. Or il y a ici une nouvelle négligence à reprocher au premier rapporteur. Il est de précepte dans notre art, d'adapter aux plaies les instrumens qui sont supposés les avoir faites, afin de reconnaître si ceux-ci s'y rapportent ; de mettre ces instrumens dans les mains du prétendu suicidé pour voir s'ils s'y adaptent, et s'il y a correspondance entre les taches de sang que présentent les uns et les autres; enfin de faire exécuter aux mains du cadavre les mouvemens nécessaires pour faire les plaies, afin de voir si la chose est possible, et si la forme, les dimensions de l'instrument, la direction dans laquelle on l'a fait agir s'accordent avec toutes les particularités de longueur, de direction, de profondeur que présentent les blessures. Ainsi dans le cas présent, il fallait mettre le rasoir trouvé à droite dans la main droite du cadavre et vérifier s'il a pu faire la plaie qu'on lui a attribuée, et agir de même pour la main gauche. Or, encore une fois, rien de tout cela n'a été fait, et de cette omission, nous concluons : 1° le tort qu'ont eu les deux rapporteurs d'affirmer sans preuves que les rasoirs étaient les instrumens vulnérans, et dans quel mode avait agi chacun des deux ; 2° l'impossibilité où l'on est aujourd'hui de savoir que les rasoirs sont vraiment les instrumens vulnérans, à moins que le *suicide* ne soit prouvé d'autre part.

Mais en ne tenant pas compte de ce premier doute, et en raisonnant dans l'hypothèse du suicide, et par conséquent dans la supposition que les rasoirs sont les instrumens vulnérans, ce qui est dit d'eux est plus contraire encore à l'idée du *suicide* qu'à celle de l'*homicide*.

D'abord, deux rasoirs auraient été employés, et en même temps, un dans chacune des deux mains. Certes, ce n'est pas ainsi qu'on se sert ordinairement de ces instrumens pour se couper la gorge ; un seul suffit ; et ce fait serait unique dans l'histoire des suicides.

Mais c'est surtout la situation dans laquelle ils ont été trouvés, qui milite contre l'hypothèse du *suicide*. L'un était placé sur le sein gauche, et comme s'il venait de s'échapper de la main de ce côté. L'autre se trouvait par terre à côté du bras droit, à l'endroit de la saignée. Or, il nous semble qu'ils auraient dû tomber là où les coups ont été portés, et par conséquent être trouvés près de la marre de sang qui était au fond du caveau. En effet, nous avons dit que la dame C... aurait dû tomber en ce lieu ; à plus forte raison, par conséquent, auraient dû y tomber les rasoirs ? Dès que la perte de connaissance est survenue, ces instrumens ont dû s'échapper des mains ; or, nous avons dit que la dame C... avait dû rester au fond du caveau jusqu'au moment où les forces lui ont manqué, et ont amené sa chute. Par conséquent, c'est au fond du caveau que les rasoirs auraient dû être trouvés. Nous pourrions reproduire ici toute l'argumentation qui nous a servi à établir que le corps de la dame C... aurait dû être trouvé non à l'entrée, mais au fond du caveau. Tout porte à croire que la chute des rasoirs aurait dû précéder celle du corps, et par conséquent, qu'ils auraient dû être trouvés sous le cadavre.

Je borne ici, monsieur, l'énoncé de ma déclaration à la cour d'assises, parce que le reste ne fut que la reproduction de ce qui était exprimé dans le rapport, et ne me fournit texte à aucune remarque spéciale. Nous ne présentâmes par comme absolus tous les argumens déduits de la situation, de la pluralité, de la profondeur et de la direction des plaies. Je partage particulièrement votre opinion sur ce que vous avez dit en note touchant l'argument pris dans la *pluralité des plaies* : mais veuillez remarquer aussi que nous avons dit seulement, que le *plus ordinairement* les suicides ne se font qu'une seule blessure.

Du reste, c'est par la réunion de toutes les circonstances du fait que nous nous disions conduits à conclure à la probabilité de *l'homicide*. Quel singulier *suicide* en effet, disions-nous, que celui où tout est, sinon hors de l'ordre du possible, au moins hors de l'ordre du probable. Evidemment, plus il fallait admettre d'exceptions pour expliquer ce suicide, moins il devait nous paraître probable.

Voilà, monsieur, les détails que j'ai cru utile d'ajouter à votre publication, et qui justifieront, je crois, votre assertion; que la distinction du suicide et de l'homicide est une des questions les plus difficiles de la médecine légale, et une question très-souvent insoluble.

Agréez l'expression de ma haute considération.

1er avril 1836.

ADELON.

Introduction à l'étude philosophique de la phrénologie, et nouvelle classification des facultés cérébrales; par le docteur G. L. BESSIÈRES. (Paris, chez J. B. Baillière, 1836. In-8 de 219 pages avec deux grands tableaux.)

Gall disait un jour à ses auditeurs : « Voyez combien elle est ingénieuse cette nature, elle place l'organe du courage à côté de l'organe du meurtre, afin que ces deux organes s'entr'aident réciproquement; puis au-dessus d'eux, l'organe de la circonspection, qui est là, comme pour dire : prenez-garde. » Que penserait Gall, s'il vivait encore, en voyant tout ce que la nature a fait depuis pour les disciples qu'il nous a laissés. Gall avait donné à l'esprit humain vingt-sept facultés logées chacune dans une case cérébrale, et ayant toutes une place bien déterminée; Spurzheim dérange cet ordre, il ajoute des facultés nouvelles, et pour les loger, il rétrécit quelques-unes des cases de son maître, il serre un peu les autres; et au lieu de 27, il en a 35. Ce nombre ne lui suffit pas; une de plus pour l'alimentivité, cela fera 36; la nature s'en arrange, puisqu'elle est ingénieuse, il faut bien qu'elle fasse comme il plaît aux phrénologistes. M. Vimont vient, qui dispose les circonvolutions suivant un nouvel ordre, il tire en bas telle circonvolution qui, jusque-là avait toujours été horizontale, prolonge depuis le sommet de la tête jusqu'au-dessus du cervelet, telle autre qui ne s'était jamais vue aussi grande de moitié. Soit, l'ingénieuse nature s'en arrange toujours. Puis, M. Bailly de Blois fait de cerveaux de buffle auxquels il donne seulement cinq paires de nerfs, et pour compensation des paires qui manquent, il place sur les cuisses du cerveau, des petits rubans croisés qu'il tire de son imagination, soit encore. Puis M. Fossati, puis M. Mège, puis M. Combe, puis..... *e tutti quanti*, soit toujours. M. Bessières arrive. La forme des organes cérébraux lui déplaît, elle a quelque chose de bizarre. Il y a des organes arrondis, d'autres à trois, quatre, cinq, six angles et plus, l'un ressemble à un bonnet phrygien, l'autre à une cornue, il faut changer tout cela. Il faut donner à chacun des contours réguliers, et les voilà qui deviennent circulaires, ovoïdes ou elliptiques, symétriquement rangés, les uns au-dessus des autres, et répartis suivant qu'ils ont à s'occuper de l'industrie, des beaux-arts, ou des sciences, dans trois compartimens principaux.

Quant à l'ordre de leur développement, les fibres cérébrales réunies en paquets s'accommodent également aux découvertes de la phrénologie. Le premier et le plus indispensable de tous, est le paquet destiné à l'alimentivité, « la nature le développe hâtivement, » c'est le premier arrangé, puis viennent successivement les autres paquets, les plus nécessaires, les premiers, bien entendu. Ainsi, les paquets industriels d'abord, ensuite ceux des facultés intellectuelles, sensitives, des facultés de sociabilité, des sympathies du sexe, de la moralité, et enfin, ceux des facultés d'observation et de réflexion. Le complément du cerveau est termine de 25 à 32 ans, cependant, les derniers paquets peuvent s'accroître à tous les âges, ainsi que nous en lisons un exemple remarquable dans le journal de Phrénologie, tome II, 8e numéro, p. 400, où nous voyons « que le vendredi 6 juin 1834, le roi, la reine et la famille royale, ainsi que les ministres, finissant de visiter les produits de l'industrie, s'arrêtèrent devant le cranomètre de M. Sarlandière, cranomètre à l'aide duquel on a trouvé que le paquet destiné au raisonnement métaphysique de M. Broussais père, notre célèbre médecin, mesuré exactement, a grandi de plus de trois millimètres, par le fait de l'exercice de cet organe, depuis que ledit M. Broussais a été nommé membre de la classe des sciences morales et politiques. »

Ingénieuse nature! Pourquoi ne nous traitez-vous pas comme vous traitez les phrénologistes? Pourquoi ne nous faites-vous rien voir de ce qu'ils voient? Pourquoi nous montrez-vous toujours le contraire de ce qu'ils enseignent? Ce que vous faites est bien fait, sans doute, mais que les phrénologistes nous pardonnent si nous ne sommes jamais de leur avis, car, c'est à vous que remonte la cause de notre incrédulité.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

MAI 1836.

N° 9. — 15 MAI.

De l'action et de l'expectation sous le rapport thérapeutique.

L'action et l'expectation sont les deux pivots sur lesquels tourne toute thérapeutique. Agir c'est attaquer de front les affections morbides, soit en s'adressant à leurs causes pour détruire les bases de leur existence, soit en s'adressant à leurs effets ou à leurs symptômes lorsque les causes sont inaccessibles ou méconnues. Attendre en médecine, ce n'est pas rester spectateur d'une maladie sans se mettre en peine de ce qu'elle est ni de ce qu'elle peut devenir; c'est observer attentivement la marche de ses phénomènes et la livrer à elle-même quand on a la certitude qu'elle se résoudra mieux toute seule qu'en se mêlant de la diriger. L'action et l'expectation exigent les mêmes connaissances de la nature du mal et du remède, et les mêmes soins de la part de l'homme de l'art. En effet, il ne faut pas moins de science et d'attention pour savoir avec quelle méthode et par quels moyens on viendra plus facilement à bout d'une maladie que pour savoir s'il n'est pas plus utile de l'abandonner à une médication naturelle. Mais quand faut-il agir et quand faut-il attendre? Voilà le point difficile à déterminer. Méfions-nous de ces médecins toujours empressés autour de leurs malades, qui s'imaginent qu'une maladie ne saurait se passer de leurs remèdes; méfions-nous aussi de ces médecins qui, par un excès contraire, repoussent les médications les plus actives, sous le faux prétexte qu'on ne fait pas plus avec une méthode qu'avec une autre, et que la nature seule fait toujours mieux que nous. Ici comme en toutes choses, la vérité ou le parti le plus sage se trouve entre ces deux excès opposés. Traçons en peu de mots les règles pratiques de l'action et de l'expectation en médecine; nous répondrons ainsi à la question que nous proposions tout à l'heure, savoir quand il faut attendre et quand il faut agir.

Il faut attendre ou laisser le malade à lui-même lorsque sa maladie est très-légère, ou lorsque dans le cas d'une maladie grave on a de bonnes raisons de penser que les forces bien conservées du sujet réagiront suffisamment contre la cause pathologique, et qu'elles en feront justice et plus prompte et plus sûre que si le médecin, dont les lumières sont plus ou moins bornées, et les secours plus ou moins suspects, entreprenait d'arrêter ses progrès; il faut encore attendre si la maladie n'offre aucune prise aux ressources disponibles de la médecine, ou bien enfin si les ressources de la thérapeutique sont manifestement insuffisantes contre une maladie ou trop lente ou trop avancée. Il faut agir, au contraire, si une maladie s'annonce avec un caractère énergique, qui fasse craindre de la voir, si on ne s'empresse d'y porter remède, prendre le dessus sur les forces du malade; il faut agir, même dans le cas d'une maladie légère, lorsqu'on peut se flatter d'épargner des souffrances au malade en abrégeant le cours des symptômes, pourvu que les effets des moyens curatifs ne soient pas plus pénibles que le mal. Il faut surtout agir lorsque la maladie affecte une tournure fâcheuse, pour peu que l'activité des agens thérapeutiques entretienne l'espoir de la détruire ou de l'apaiser; enfin il faut agir tant qu'il reste une chance favorable dans les maladies les plus désespérées, soit par leur gravité originelle, soit par les progrès qu'elles ont faits. En indiquant dans ces termes généraux les circonstances où l'action et l'expectation sont opportunes ou nuisibles, il serait très-difficile de faire une application légitime de ces deux méthodes et de reconnaître les cas dans lesquels l'une ou l'autre doit être préférée. Entrons à cet égard dans des détails qui dissipent le vague, et rattachons chacune des règles précédentes à l'observation directe des faits.

Une maladie n'est jamais formée d'une seule pièce; elle se divise en un certain nombre de périodes distinctes, qui marquent les différentes phases de son cours. Tous les praticiens, nous parlons de ceux qui se piquent de faire abnégation de toute vue systématique, tous les praticiens s'accordent à admettre que les maladies ne se présentent pas avec les mêmes caractères, quelle que soit du reste leur nature au début, au milieu et à la fin; aussi ils coupent leur durée en trois ou quatre temps ou périodes relatives à leur état de croissance ou à celui de leur décroissance. La première période se rapporte aux préludes ou aux signes précurseurs. Toutes n'ont pas, il est vrai, ces premiers symptômes; mais celles où ils se rencontrent offrent à cette époque la plus belle occasion d'employer la méthode agissante pour en triompher. *In principiis obsta*, s'écrie le père de la mé-

decine. En effet, les maladies prises à leur début, et à plus forte raison aux premiers indices de leur approche, cèdent facilement, quand on applique avec intelligence les moyens préventifs; il y a mieux, c'est qu'elles cèdent alors aux moindres frais possibles, tant de la part des forces du malade que de la part des secours de l'art. Ici l'expectoration est très-préjudiciable, car elle laisse à la cause morbide le temps de prendre racine et de préparer dans l'organisme des désordres quelquefois mortels. Combien de fois, par exemple, la négligence des signes précurseurs des congestions cérébrales a donné lieu à l'explosion d'apoplexies foudroyantes, qu'une saignée ordinaire et quelques soins de régime auraient certainement écartées; combien de fois des douleurs vagues de la poitrine se sont converties en pleurésie ou en pneumonie, quand l'application d'un simple cataplasme, ou vingt-quatre heures de repos et l'usage d'une boisson chaude, auraient suffi pour emporter ces douleurs. Nous n'hésitons pas à déclarer que presque toutes les maladies, et surtout les plus longues et les plus graves, pourraient être prévenues, si l'on faisait plus d'attention à leurs symptômes précurseurs. Si les médecins, toutes choses égales d'ailleurs, poussent plus loin leur carrière que les hommes des autres classes, c'est qu'en général ils ont les yeux ouverts sur ce qui se passe dans leurs organes, et qu'ils coupent court avant leur naissance par des précautions souvent insignifiantes, et pourtant suffisantes à une foule de maladies qui les useraient de bonne heure et abrégeraient leurs jours.

Dès qu'une maladie a éclaté, l'expectation est rarement convenable, à moins qu'on n'ait rien à opposer à ses symptômes, comme, par exemple, dans une attaque de goutte, ou qu'on attende le plus d'avantages des suites de la maladie qu'on ne redoute d'inconvéniens en la laissant aller. A ces exceptions près, cette période est la plus favorable à la médecine agissante; c'est le moment où la maladie se forme, où elle acquiert pour ainsi dire droit de domicile dans les organes et où elle les frappe d'une atteinte plus ou moins vive qui accélère leur destruction. A cette époque, la nature fait très-peu par elle-même en faveur de ces organes; elle n'a pas assez de ses forces pour lutter avec succès contre l'activité de la cause pathologique; elle a besoin absolument d'être soutenue par toutes les ressources du médecin. Il arrive cependant, et ces cas rentrent dans la classe de ceux dont Sydenham disait que les premiers malades couraient de grands risques, avant qu'il eût appris comment ils se guérissaient; il arrive, disons-nous, quelquefois que l'appareil symptômatique du début, quelque violent qu'il paraisse, n'annonce que l'imminence d'une solution critique, qu'il faut savoir attendre en se gardant bien d'attaquer les symptômes de ce début. C'est ainsi que, dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, au sujet de l'emploi de la saignée à outrance dans les maladies aiguës, on a cité deux exemples d'épidémies remarquables qui débutaient par tous les phénomènes d'une fluxion de poitrine intense, dans lesquelles néanmoins tous les malades traités par les saignées réitérées périssaient, jusqu'à ce que les médecins, renonçant à cette méthode pernicieuse, se fussent aperçus que ces symptômes, livrés à eux-mêmes, amenaient, après deux ou trois jours de durée, une éruption miliaire critique que les saignées empêchaient, et par laquelle tous les accidens de la maladie étaient complétement jugés. Mais ces cas exceptionnels n'infirment pas la règle que la période initiale des maladies aiguës réclame de préférence l'action que l'expectation.

Arrivées à leur apogée, les maladies tendent à la santé ou à se terminer malheureusement à la faveur des crises. Avant d'en venir là, elles passent par une troisième période qu'on appelle celle de leur progrès ou de leur accroissement. Tant qu'une maladie est dans sa croissance, il est urgent de travailler à diminuer la gravité de ses symptômes pour hâter la terminaison de sa solution. Cependant, dès ce moment, la médecine agissante doit être contenue dans certaines bornes, de peur d'ôter à la nature, par un trop grand empressement à affaiblir le malade, les forces qui lui sont nécessaires pour amener cette solution à bon port. Une fois qu'une affection est bien confirmée, c'est en vain qu'on se flatterait de retrancher quelque chose à la mesure de sa durée; l'expérience prouve qu'une longueur déterminée, différente suivant l'espèce de la maladie, est assignée en général à chaque affection.

Aussitôt que l'époque de la crise est arrivée, laissez faire la nature, vous disent tous les praticiens accoutumés à s'inspirer auprès du lit du malade; et en effet, cet instant est consacré principalement à la médecine d'expectation. Qu'un pneumonique, par exemple, dont l'affection a suivi franchement ses périodes, arrivé au septième ou quatorzième jour de sa maladie, éprouve une expectoration abondante, facile, de crachats épais, homogènes et bien liés, et tout cela avec un pouls fébrile sans doute, mais régulier, assez plein, sans dureté, et avec des forces assez bien conservées; il est évident pour tous ceux qui savent lire dans les phénomènes médicateurs de la nature qu'un tel malade ne réclame aucun traitement, qu'on n'a rien de mieux à faire que de le livrer à lui-même, plein de confiance dans le résultat définitif de ce dégorgement naturel du poumon.

Il existe une classe de maladies dans lesquelles les forces de la nature se développent avec énergie. Ici la fièvre est ordinairement vive, la chaleur élevée, toutes les fonctions organiques accélérées; si l'on a la patience de laisser aller tous ses symptômes, après que cette réaction a duré un ou deux septenaires, une solution spontanée arrive par le moyen d'une ou de plusieurs crises, et la maladie est terminée. Dans le nombre de ces affections on doit ranger toutes les inflammations franches, soit générales, soit locales; toutes les maladies éruptives bien conditionnées, toutes les affections gastriques ou bilieuses avant leur passage de l'état aigu à l'état chronique. Distinguons néanmoins entre ces maladies celles qui portent sur un organe tellement susceptible qu'avant l'instant où elles doivent se résoudre, le tissu trop fragile de ces organes peut être brisé. De ce nombre sont les inflammations qui attaquent l'encé-

phale ou ses dépendances. La même exception se présente lorsque les organes intéressés remplissent des fonctions majeures dont le jeu se trouve enrayé : c'est le cas des affections de la gorge ou du larynx, des angines violentes et du croup, qui s'opposent au passage libre de l'air dans les poumons. Sauf ces exceptions et quelques autres, il faut se conformer aux préceptes de la médecine d'expectation. Ils consistent à éloigner du malade toutes les causes capables d'entraver la marche de la maladie; à prescrire, par exemple, la diète et le repos, et à y joindre quelques boissons en harmonie avec la nature de l'affection.

Dans une seconde classe de maladies, les forces de la nature ne se présentent pas avec les mêmes avantages; la réaction se manifeste, mais il est facile de voir qu'elle est mal assurée, très-faible, ou qu'elle languit. Parmi celles-ci figurent entre autres les fièvres dites putrides, les fièvres rémittentes et intermittentes quand elles se prolongent, les catarrhes chroniques, les inflammations lentes, et généralement toutes les maladies reconnues chroniques. Ici il y a en thérapeutique une combinaison à faire : il faut faire concourir la méthode active avec la méthode de l'expectation. Afin de montrer comment il faut procéder, choisissons un exemple : une fièvre intermittente prolongée a traversé sans s'affaiblir le septième et le quatorzième accès, après lesquels il est assez commun de les voir se résoudre; tout porte à penser, d'après les précédens, que la nature ne se suffira pas à elle-même; il faut l'aider dans ses efforts en appliquant un remède empirique dont l'action est bien connue, c'est-à-dire le quinquina. Cependant il est nécessaire de prendre bien son temps pour qu'il ne manque pas son but; en d'autres termes, il faut choisir le moment où la chute des accès place la fièvre dans les circonstances les plus favorables; il faut distribuer ses doses de manière que l'action du médicament ne se croise pas avec l'accès suivant; en un mot, il faut, comme nous le disions en commençant, que l'administration du quinquina soit subordonnée aux mouvemens de la nature ou aux phases de la fièvre. Cet exemple est assez saillant pour servir de type à la combinaison des deux méthodes. Passons maintenant à l'examen de la dernière classe de maladie que nous reconnaissons; nous voulons parler des maladies dans lesquelles les forces médicatrices sont abattues, et où il est indispensable de recourir à l'action la plus énergique.

Cette classe comprend toutes les fièvres dites ataxiques, caractérisées par un état de désordre ou de perversion des phénomènes pathologiques, toutes les altérations organiques profondes, telles que le squirrhe et le cancer, le carreau et la phthisie tuberculeuse, toutes les hémorrhagies passives, enfin les gangrènes et les affections gangréneuses. C'est en vain que dans ces maladies on compterait sur les ressources de la nature; tous les mouvemens naturels entraînent à la destruction locale ou générale par une fatalité irrésistible, à laquelle on ne saurait opposer trop tôt les moyens curatifs les plus puissans; heureux encore quand, après l'application la mieux entendue de nos remèdes, on conserve l'espoir de ramener ces affections à des conditions plus normales!

Ce coup d'œil rapide sur ce que doit être en pratique la médecine d'action et la médecine d'expectation doit montrer jusqu'à l'évidence que, dans un grand nombre de nos affections, les forces de la nature peuvent triompher de phénomènes pathologiques; que, dans un nombre beaucoup plus restreint, les ressources de l'art n'obtiennent des avantages qu'en se prêtant aux indications suggérées par la disposition des forces médicatrices; ce n'est que dans le plus petit nombre que l'art fait tous les frais de traitement, sans prendre son point d'appui sur la situation des forces, et encore faut-il observer que les cas de ce dernier genre sont les plus désavantageux pour la guérison; il résulte de là une preuve certaine que la part la plus large des succès dans la pratique médicale sera pour celui qui, dans la direction du traitement, s'efforcera de ne jamais perdre de vue le mouvement de la marche naturelle des maladies, et saura se conformer aux lois de l'expectation.

Considérations thérapeutiques sur un cas de névralgie du nerf spermatique.

Il n'y a point d'affections pathologiques plus difficiles à classer et à définir que les névralgies; les nosographes ne savent où les ranger, aussi les systématiques s'emparent-ils ordinairement de ces maladies, pour les expliquer à leur manière. Leurs causes sont presque toujours inconnues, leur siége souvent ignoré, leur marche irrégulière, et leurs relations sympathiques insaisissables à l'observation; leur caractère même est incertain, et par cela même le diagnostic fort obscur, surtout quand ce sont des organes intérieurs qui en sont atteints. Il y a des exemples que des névralgies de vessie ont été considérées comme des symptômes de calcul contenu dans ce viscère; des névralgies de la matrice ont été traitées comme des polypes internes, etc.; mais si le diagnostic des névralgies est loin d'être positif dans beaucoup de cas, que dirons-nous de leur thérapeutique? Les praticiens n'ayant ici aucune règle qui serve de base à leur conduite, tombent nécessairement dans l'empirisme le plus tranché, le plus rigoureux, quelquefois le plus grossier. Chacun s'en rapporte à ce qu'il a lu ou entendu dire; aussi quel *farrago* médicamenteux! Quelle choquante contradiction dans les remèdes préconisés! Quelle incertitude dans leur emploi, dans leur action, dans leurs résultats! Et il ne faut pas s'en étonner : dès que la cause d'une maladie, je ne dis pas primordiale, mais secondaire, est ignorée, le praticien ne marche plus qu'au hasard; ne pouvant remonter à la cause, il ne sait arrêter les effets : il tombe dès-lors dans le vague d'une médication sans règle et sans base. L'observation suivante sera une nouvelle preuve de ces tristes assertions.

M. C.... est âgé de cinquante-deux ans environ, d'une taille au-dessus de la moyenne; sa constitution est forte,

sanguine, énergique, sans être trop osseuse et athlétique. Homme de plaisir, il a aimé les femmes dans sa jeunesse, et la bonne chère dans son âge mûr. Toutefois il faut remarquer que, retenu constamment par une certaine délicatesse de mœurs et de bonnes manières, il ne s'est jamais livré à aucun excès, et par conséquent n'a altéré en aucune manière l'heureux tempérament dont la nature l'a doué. Plusieurs accès de fièvre d'une nature peu grave, une névralgie frontale facilement guérie par le quinquina, deux gonorrhées des plus bénignes, quelques catarrhes sans symptômes graves, tels furent les seuls accidens qui, durant l'espace de quarante ans troublèrent cette vie si bien affermie par un bon régime, un travail modéré, le calme de l'esprit, une constitution forte et bien équilibrée. M. C... jouissait donc d'une pleine et parfaite santé, lorsque, le 4 mars de l'année dernière (1835), se trouvant au spectacle, dans une ville de province qu'il habitait, il fut pris d'une subite et violente douleur dans le testicule gauche, douleur qui se propagea aussitôt dans le cordon spermatique du même côté, s'accompagna de spasme général, de vomissemens répétés et d'une angoisse extrême. Cet accès dura quinze heures environ, après quoi les douleurs se calmèrent peu à peu, et les accidens disparurent : plus de vomissemens, plus de spasmes, plus d'irritation générale. Un sommeil profond répara les forces ; un appétit très-vif se fit sentir ensuite ; enfin le malade se crut complétement guéri. On eut recours aux sangsues, aux cataplasmes émolliens, aux lavemens de même nature, aux linimens opiacés, sans pourtant déterminer la cause d'une douleur aussi intense que subite ; les recherches qu'on fit à cet égard n'eurent aucun résultat. Cependant le malade ne tarda pas à être tiré de sa sécurité : le surlendemain l'accès reparut avec le même degré de violence que la première fois. La maladie continua ainsi à se prononcer, affectant pendant quelque temps une marche périodique assez régulière sous le type tierce. Le médecin qui donnait alors des soins au malade, persuadé avec raison qu'il s'agissait d'une névralgie intermittente administra le sulfate de quinine à haute dose, la maladie céda en apparence ; les paroxismes disparurent pendant un mois environ, et le malade se crut encore une fois délivré des atroces douleurs auxquelles il était en proie à chaque accès. Toutefois son espoir fut déçu : les paroxismes reparurent avec la même violence ; mais leur retour devint alors irrégulier, car il y avait des intervalles de trois, quatre, et même huit et quinze jours, dans les attaques ; cependant, comme le caractère purement névralgique et intermittent se conservait quoique le type en fût modifié, on eut encore recours au sulfate de quinine, mais cette fois inutilement : on n'obtint qu'une amélioration assez douteuse, et qui n'eut même qu'une durée très-limitée.

M. C.... vint à Paris, et me consulta. J'examinai avec soin le siége d'une douleur aussi vive qu'opiniâtre, quoique toujours périodique ; mais je ne reconnus aucune lésion, ni dans le testicule, ni dans le cordon spermatique ; le malade jouissait d'ailleurs d'une parfaite santé dans l'intervalle des accès. Je ne vis donc dans cette affection qu'une névralgie des nerfs spermatiques, maladie très-rare à la vérité, mais dont il existe quelques exemples. Je conseillai l'usage des bains, des antispasmodiques, des lavemens opiacés, etc. Ces moyens n'eurent aucun succès, et la maladie continua à marcher avec la même persistance, la même intensité de douleur et la même irrégularité dans le retour des accès. Un médecin du pays habité par le malade prétendit que la cause de cette affection n'était autre qu'une inflammation latente des parties atteintes ; en conséquence il saigna largement le malade de retour dans son pays, et le soumit à un régime très-austère. Cette méthode, en diminuant momentanément l'excitement, parut obtenir du succès ; mais ce fut pour peu de temps : bientôt les attaques névralgiques reparurent, toujours accompagnées des mêmes symptômes, des mêmes douleurs, affectant également dans leur retour beaucoup d'irrégularité. Une second fois M. C.... revint à Paris et se confia de nouveau à mes soins. Je fis un nouvel examen des parties malades ; mais cette recherche, faite le plus exactement et le plus minutieusement possible, ne me fournit aucune lumière. Voulant aussi m'éclairer de l'expérience de mes confrères, j'adressai le malade au professeur Marjolin, qui consacra près de trois quarts d'heure à l'exploration la plus attentive des organes souffrans, mais qui, n'ayant reconnu de lésion ni dans le testicule et ses annexes, ni dans le cordon spermatique, ni dans la vessie, ni dans le rein, déclara que cette maladie devait être considérée comme une *névralgie* du cordon spermatique ; il ajouta que, pendant trente ans de pratique, il ne se rappelait point d'avoir vu un pareil cas.

On résolut d'agir par des moyens antiphlogistiques, calmans et antipériodiques. Des sangsues furent appliquées sur le trajet du cordon spermatique et des ventouses scarifiés sur les lombes ; on prescrivit des bains émolliens ; des cataplasmes de même nature fortement arrosés de laudanum pour être placés sur le testicule et le cordon douloureux ; le malade prit également des bains de vapeur à une température assez élevée. Quoique les attaques névralgiques fussent irrégulières, cependant l'intermittence continuait à être si complète et quelquefois si prolongée, que le malade espérait toujours être guéri. On jugea donc convenable de revenir au sulfate de quinine, administré alors à hautes doses, mais inutilement. Des lavemens opiacés gardés le plus longtemps possible, le sous-carbonate de fer porté jusqu'à la dose d'une demi-once et de six gros par jour, l'extrait d'aconit napel parfaitement préparé et poussé jusqu'à dix, quinze et vingt grains dans les vingt-quatre heures, furent successivement administrés. Je fis faire en outre des embrocations plusieurs fois le jour sur le siége du mal avec de l'huile d'amandes douces, dans laquelle on avait fait dissoudre six grains d'acétate de morphine par once ; plus tard on couvrit constamment la partie douloureuse de compresses trempées dans une solution de cyanure de potassium, à la dose de douze grains dans quatre onces d'eau distillée ; enfin rien ne fut négligé pour calmer ces douleurs atroces qui revenaient sans cesse accabler le malade par leur extrême intensité. Cependant

tous nos moyens échouèrent; employés avec le plus de méthode et de persévérance possibles, variés, combinés, modifiés de bien de manières, le succès ne répondit point à nos espérances. Si on parvenait à modérer la violence d'une attaque ou deux, la douleur n'en devenait que plus vive, plus aiguë, plus déchirante dans les paroxismes suivans; dès-lors il était évident qu'aucun de nos moyens thérapeutiques n'agissait sur la cause même de la maladie. Mais quelle était cette cause? par quelle voie la découvrir? Ici rien ne nous guidait pour la reconnaître. C'est là, il faut le dire, un de ces cas où le praticien ne peut s'aider ni de la tradition expérimentale de ses devanciers, ni de sa propre expérience, ni de celle des autres, de pareils faits ne s'observant que très-rarement.

Fallait-il attribuer cette cause à une lésion organique? mais aucun engorgement, aucun épanchement, aucune dureté ne se manifestaient dans le testicule et le cordon; d'ailleurs, le paroxisme calmé, le malade revenait à la santé la plus parfaite; il exerçait toutes ses fonctions, même celle du coït, avec la plus grande liberté.

Y avait-il un principe vénérien ou dartreux? On ne pouvait le croire, car le malade n'avait jamais eu rien de semblable à des dartres; il eut seulement deux gonorrhées sans complication, comme j'en ai fait la remarque.

Pouvait-on s'arrêter à un principe goutteux ou rhumatismal fixé sur les nerfs spermatiques? Cela eût été inutile, attendu que M. C.... n'avait point éprouvé la plus légère atteinte de ces affections; ses parens même en avaient été exempts.

Cette cause existait-elle enfin dans la présence d'un calcul, d'un gravier d'une certaine dimension, placé dans la substance du rein ou arrêté dans l'urètre? Mais, d'une part, jamais le malade n'avait observé le moindre dépôt, le plus petit gravier dans les urines; il y a plus, pendant les paroxismes, les urines, examinées avec soin et chaque fois, ne furent ni troubles ni sédimenteuses; toujours limpides et naturelles, elles coulèrent avec facilité depuis le commencement de la maladie comme avant sa manifestation, au moins tant que le malade fut confié à mes soins; d'une autre part, en admettant l'existence d'un calcul rénal, ainsi que je l'ai souvent supposé, cette cause persistant sans cesse, comment les accès ont-ils conservé la forme névralgique périodique, avec des intervalles de quatre, huit, quinze jours et même un mois; circonstance qui n'a point été observée, que je sache, dans les coliques néphrétiques les plus aiguës.

On voit donc que la cause de cette maladie étant tout à fait obscure, on ne put l'attaquer ni directement ni indirectement; aussi la médication antispasmodique, poussée le plus activement possible, n'eut-elle aucun succès. Enfin, M. C...., accablé de ses douleurs, trompé dans ses espérances, fatigué de remèdes, malgré son courage et sa patience vraiment stoïques, partit de Paris se confiant au temps, « le plus heureux des médecins, » comme dit si bien Sydenham; confiance, ainsi qu'on le verra plus bas, qui ne fut pas trompée. Il continua pourtant une partie des moyens antispasmodiques qui lui avaient été conseillés, bien que les attaques n'eussent rien perdu de leur intensité et de leur intermittence. Il se disposait même d'après mon conseil, à employer l'hydrochlorate de morphine à haute dose par la méthode endermique, et, en cas de non succès, à l'emplâtre stibié, puis les frictions répétées avec l'huile de croton tiglium, lorsqu'il fut pris d'une rétention d'urine qui dura vingt-huit heures, circonstance qui n'avait pas encore eu lieu. On eut recours au cathétérisme avec un plein succès. Quinze jours après, une seconde rétention d'urine se manifesta; celle-ci ne dura que trois heures; mais ce fut à la suite de cette dernière qu'au grand étonnement du malade, des médecins et des assistans, M. C.... rendit par l'urètre un petit calcul, dont la sortie détermina aussitôt et complétement la cessation des douleurs. Ce calcul me fut envoyé sur-le-champ, et je l'ai fait voir à plusieurs confrères, notamment au docteur Miquel, l'honorable rédacteur en chef de ce journal. Il est de forme oblongue, et ne ressemble pas mal à une petite olive allongée; sa surface est lisse, excepté dans deux ou trois endroits, d'une dureté remarquable, une certaine force serait nécessaire pour le briser. Il est d'ailleurs trop peu volumineux pour qu'on en puisse faire l'analyse chimique. Sa longueur est de six lignes environ, et, pesé avec une grande exactitude, il a donné trois décigrammes, c'est-à-dire cinq grains et quatre dixièmes. Voilà la cause, l'unique source d'atroces douleurs, qui, pendant onze mois, ont attaqué, brisé une économie vigoureuse, un tempérament énergique, sans qu'on ait pu positivement la reconnaître et encore moins la détruire. Quoique, cette cause une fois connue, il soit aisé de comprendre une partie des phénomènes morbides qui en ont été la suite, il n'en est pas moins vrai qu'il sera difficile d'expliquer comment ce calcul a pu grossir sans que le malade ait jamais rien ressenti; comment les urines ont-elles toujours conservé leur couleur et leur limpidité naturelles? comment la forme névralgique n'a-t-elle jamais varié dans son siége et ses effets? comment enfin, la cause persistant sans cesse, l'intermittence des attaques pouvait-elle être aussi nette, aussi tranchée qu'on l'a vue, et surtout aussi prolongée? Explique qui pourra de pareils phénomènes; mais je pense que, dans l'état actuel de nos connaissances, on doit se contenter de les étudier et de les constater. Je n'ignore pas qu'il existe beaucoup d'observations analogues: on a vu des corps étrangers, introduits dans l'économie, déterminer des accès névralgiques plus ou moins répétés; mais, outre qu'il en est peu qui soient aussi positifs que celui que je viens d'exposer, ils sont également inexplicables. Ce sont là des ténèbres de la nature, qu'il n'est pas encore permis à la science de pénétrer. Toujours est-il que, dans de pareils cas, le praticien ne peut s'éclairer d'aucune manière, ni s'aider d'aucun moyen; il se trouve réduit au triste rôle de contempler des maux que son expérience ne peut soulager. Celse a donc raison de dire qu'en médecine, ce qu'on doit faire est d'une existence perpétuelle, mais qu'il n'en est pas de même du résul-

tat, c'est-à-dire du soulagement du malade : *Est enim perpetuum in medicina quod fieri debeat, non tamen perpetuum est quod sequi conveniat, hoc est ut servetur æger.* REVEILLÉ-PARISE.

Considérations thérapeutiques sur le phlegmon traumatique des tissus extra-crâniens.

Il est d'observation que les tissus éminemment vasculaires et nerveux, tels que la langue, la rétine, l'encéphale, la moelle épinière, etc., sont rarement atteints de phlogose. Il est également prouvé que, lorsqu'elle a lieu, la phlogose phlegmoneuse de ces tissus entraîne presque constamment des conséquences extrêmement graves. Ces remarques peuvent être pareillement appliquées aux tissus extra-crâniens. Composées d'élemens lamellaires et fibreux extrêmement serrés, pourvues très-abondamment de six familles de nerfs et d'autant de branches artérielles, les parties constituantes de la calotte crânienne, lorsqu'elles s'enflamment, déterminent les accidens les plus formidables (1). Ce qui rend si redoutable l'inflammation dont il s'agit, c'est sa transmission aux tissus intra-crâniens, et l'espèce d'étranglement qui en résulte à la surface externe de la voûte céphalique.

Si l'on veut réfléchir un instant aux véritables causes de deux dernières circonstances, l'on verra que le phlegmon céphalique offre des particularités importantes qu'on ne rencontre pas ailleurs. Jetez, en effet, un coup d'œil sur les élémens anatomiques des enveloppes du crâne ; voyez au-dessous du cuir chevelu ce tissu cellulo-graisseux extrêmement serré, qui joint si étroitement la peau à une sorte de coiffe fibreuse d'une solidité remarquable (aponévrose épicrânienne), et qui fait corps en même temps avec les muscles occipito-frontaux, de manière à donner à l'ensemble une forte ressemblance avec le cuir des animaux quadrupèdes, cuir qui, comme on sait, est lui-même basé sur une couche fibro-musculaire (pannicule charnu) sujette à l'empire de la volonté. On prévoit déjà, d'après cette organisation aponévrotico vasculaire et nerveuse, combien doit être grande la prédisposition que ces parties présentent à l'étranglement et à la gangrène qui en est la conséquence, alors qu'elles deviennent le siége d'un travail intense de phlogose.

Mais remarquez en outre une autre couche de tissu lamineux, flasque et extensible, placé entre le périoste extra-crânien (péricrâne) et le plan musculo-aponévrotique que nous venons d'indiquer. Ce tissu, semblable jusqu'à un certain point à celui qu'on rencontre à la face externe du péritoine, permet, dans l'état normal, à la partie chevelue de la tête de glisser sur le péricrâne d'avant en arrière comme une véritable perruque, de même que le péritoine glisse sur le *fascia transversalis* de l'abdomen pendant la formation de certaines hernies. Or, c'est précisement ce tissu flasque et glissant extra-péricrânien qui devient le siége du phlegmon céphalique ; de sorte que, sous ce rapport, cette inflammation diffère essentiellement de celle qui constitue le phlegmon diffus des autres régions du corps. Au crâne effectivement ce n'est pas le tissu cellulaire sous-cutané qui est atteint dans cette maladie, mais bien le tissu sous musculaire, le tissu profond, dépourvu de graisse, qui est en contact immédiat avec la face externe du périoste.

Il y a plus : quel est le médecin qui pourrait raisonnablement nier les communications intimes entre tous les tissus extra-crâniens et ceux qui remplissent la boîte encéphalique ? D'un côté, les anastomoses multiples fibro-vasculaires qui ont lieu entre le péricrâne et la dure-mère, à travers les sutures nombreuses et les différens trous de la voûte osseuse ; de l'autre, le voisinage des nerfs ci-dessus indiqués de leur source d'émanation, seraient plus que suffisans pour répercuter ou transmettre aux méninges et à l'encéphale le travail phlegmoneux de la région dont il s'agit. Mais un autre élément de cette redoutable transmission, élément qui doit surtout attirer l'attention du thérapeutiste, c'est la congestion que nous nommons *de voisinage*, en vertu de cette loi formulée par le père de la médecine : *Ubi stimulus, ibi fluxus.* Pourquoi, en effet, dans la gastrite, dans l'encéphalite, dans le panaris, etc., les artères des régions épigastrique, temporale, digitale, battent-elles si manifestement, si ce n'est par la congestion de voisinage que nous venons d'indiquer ?

La connaissance de cette loi nous expliquera donc d'une manière assez satisfaisante pourquoi le phlegmon diffus de la calotte crânienne est presque constamment compliqué de congestion méningo-encéphalique, ainsi que nous allons le voir. Les détails qui précèdent pourront peut-être sembler trop minutieux ; mais la gravité de l'affection qui fait le sujet de cet article les rendait indispensables.

Le phlegmon traumatique diffus des tissus extra-crâniens est une maladie des plus terribles et à la fois des plus perfides. Une femme, âgée de cinquante ans, d'excellente constitution, habituellement bien portante, se présente, il y a quelques années, à M. Roux pour être débarrassée d'une petite loupe à la tête ; l'opération fut très-simple. La réaction phlegmoneuse cependant se déclara avec une telle violence que la malade mourut en peu de jours, avec les symptômes d'une méningite suppurative. Un chanoine de Besançon dont parle Lombard, se trouvant dans l'église métropolitaine de cette

---

(1) Les deux premières familles des nerfs dont il s'agit sont antérieurement les branches frontales de la cinquième paire ; elles émanent, comme on sait, des trous sourciliers pour se distribuer aux sourcils et au front, et s'anastomoser vers la tempe avec les filets de la portion dure de la septième paire. Les deux secondes familles montent de la nuque et proviennent des branches postérieures des premiers nerfs cervicaux. Les troisièmes enfin montent latéralement et émanent des nerfs faciaux, maxillaires inférieurs et mastoïdiens. Les artères suivent aussi les mêmes directions et proviennent principalement de l'opthalmique, de l'occipitale et des branches de la temporale.

ville, reçut sur la tête un petit cierge du poids d'une once, tombé seulement de la hauteur de quatre pieds; il en résulta une petite contusion qui fut suivie d'un phlegmon diffus et de la mort. On voit donc que ce n'est pas sans raison que nous plaçons cette affection au premier rang parmi les maladies les plus graves dont on puisse être atteint.

Toute espèce de blessure peut donner lieu à la maladie dont il s'agit, mais c'est surtout à la suite des plaies par armes piquantes des tissus extra-crâniens qu'on l'observe le plus ordinairement. Les anciens, qui regardaient tous les tissus blancs comme de nature nerveuse, croyaient que c'était à la suite de la piqûre de l'aponévrose épicrânienne, ou bien du péricrâne, que le phlegmon se déclarait; de même qu'ils l'admettaient aussi pour les piqûres de l'aponévrose brachiale, à la suite d'une saignée malheureuse. L'expérience a démontré cependant qu'il n'était pas nécessaire que l'instrument pénétrât si profondément pour que le mal se déclarât. Il est prouvé aujourd'hui qu'à l'exception de la dure-mère les tissus fibreux en général ne s'enflamment que difficilement; ou du moins s'ils s'enflamment, cela n'a lieu ordinairement que dans le tissu cellulaire sous-fibreux. C'est plutôt à la lésion de quelque filet nerveux qu'on attribue avec raison la réaction phlegmoneuse dans ces sortes de cas. Les aponévroses pourtant et les autres membranes fibreuses peuvent par leur résistance passive devenir cause d'étranglement, et déterminer des conséquences extrêmement graves.

Ce que nous venons d'avancer paraît d'autant plus exact, que ce sont les piqûres très-douloureuses des parties extra-crâniennes qui occasionnent le plus ordinairement le phlegmon diffus. Or pour cela il n'est pas nécessaire que l'instrument pénètre jusqu'à l'aponévrose épicrânienne, car nous avons fait remarquer 1° que les nerfs et les vaisseaux de cette région marchent dans le tissu serré sous-dermique placé en dehors de l'aponévrose; 2° que le phlegmon a pour siége principal, non la couche même occupée par les nerfs, mais bien le tissu lamellaire profond ou sous-musculaire. Après les piqûres ce sont les plaies par armes à feu qui donnent le plus souvent naissance à cette affection. Il est à peine nécessaire d'ajouter que chez les personnes habituellement sujettes à l'érysipèle, chez celles dont la constitution est mauvaise, ou dont la plaie a été très-irritée, soit par l'action trop prolongée de l'air, soit par la présence de quelque corps étranger, soit enfin par des pansemens irréguliers, la réaction phlegmoneuse doit avoir lieu plus facilement que chez d'autres.

Le phlegmon diffus des tissus extra crâniens ne commence ordinairement que le troisième ou le quatrième jour après la blessure, rarement plus tard. C'est par une douleur poignante dans la région lésée que le mal débute; la piqûre se boursouffle, devient sèche et sensible au point que le moindre attouchement des cheveux fait jeter les hauts cris au malade. Ce boursouffflement douloureux est accompagné de fièvre frissonneuse, avec redoublement et délire, et quelquefois aussi de vomissemens. Ces premiers symptômes augmentent rapidement, la tête devient prodigieusement gonflée jusqu'au niveau des oreilles et des paupières supérieures. La fièvre paraît plus intense, et les redoublemens frissonneux plus rapprochés; en attendant, la suppuration se manifeste, et le mal se termine le plus ordinairement par la mort, si le malade n'est pas secouru à temps et convenablement ou bien malgré les secours. Mais ceci mérite quelque explication.

Tantôt la mort a lieu pendant la période aiguë de la maladie, par suite d'une méningite suppurative; dans ce cas le malade périt avec des symptômes comateux, et souvent aussi avec une hémiplégie. A l'autopsie on trouve la dure-mère détachée de la voûte osseuse et en suppuration; le pus se rencontre, soit à l'état collectif, soit à l'état de diffusion, entre les méninges ou bien aussi dans la substance encéphalique. Du pus, en grande quantité, existe également sous la calotte épicrânienne, et quelquefois aussi entre le péricrâne et la surface osseuse correspondante.

Tantôt la terminaison fatale a lieu un peu plus tard par la résorption purulente: dans ce cas le malade résiste à l'orage primitif, des abcès se forment en grand nombre sous le péricrâne, le pus fuse en grande quantité sous cette membrane; les ouvertures, soit spontanées, soit faites par l'art, donnent issue à ce liquide, conjointement à des portions mortifiées de tissus cellulaire, aponévrotique et péricrânien; les os restent dénudés sur un ou plusieurs points. Le malade semble d'abord aller passablement, mais ensuite l'état aigu reparaît, la fièvre de résorption se déclare, le pus se détériore, et il périt dans le marasme, ou bien avec des symptômes propres aux abcès viscéraux.

Dans d'autres cas, après que la suppuration extra-crânienne est déjà formée et évacuée, des hémorrhagies mortelles ont lieu à travers les ouvertures des abcès, par suite de l'inflammation ulcérative des artères extra-crâniennes. En 1830, une femme entra à l'Hôtel-Dieu pour une petite plaie contuse à la tête; un phlegmon diffus se manifesta; on le combattit énergiquement; on ouvrit plusieurs abcès; la malade semblait aller bien lorsque plusieurs hémorrhagies spontanées eurent lieu par ces ouvertures, et succomba, épuisée par la suppuration et par les pertes sanguines.

Dans d'autres occasions enfin, la terminaison fatale n'arrive que longtemps après la dissipation des symptômes aigus. C'est ce qu'on observe lorsque le phlegmon a déterminé une nécrose profonde ou de toute l'épaisseur des os du crâne. Dans ce cas, lorsque le travail éliminatoire commence, une suppuration s'établit à la surface externe de la dure-mère, qui finit le plus souvent par la mort. Cette règle cependant peut présenter quelques exceptions.

Ajoutons néanmoins que dans quelques cas rares les malades sont assez heureux pour échapper aux suites les plus fâcheuses du phlegmon céphalique. C'est lorsque la suppuration a été simplement bornée à l'extérieur et que l'organisme a eu assez d'énergie pour résister au travail suppuratif et éliminatoire. Dans ce cas, le traitement consécutif dure plusieurs mois; en voici un

exemple : en 1832, un jeune homme fut couché dans le dernier lit de la salle Sainte-Marthe de l'Hôtel-Dieu, pour une petite blessure céphalique ; cette lésion fut suivie d'un phlegmon diffus. Un traitement convenable triompha des accidens primitifs ; la suppuration eut des issues libres, à l'aide des incisions régulières qu'on pratiqua. Toute la table externe cependant de la calotte osseuse était nécrosée ; il fallut de temps en temps pratiquer par-ci, par-là, des incisions, des débridemens convenables sur toute la superficie de la chevelure, afin d'extraire ces lamelles osseuses mortifiées à mesure qu'elles paraissaient mobiles. Après six mois de ce travail éliminatoire, le malade était guéri. Dupuytren ayant étalé et réuni toutes ces lamelles nécrosées sur une assiette, trouva que les dimensions de cet ensemble de pièces égalait en surface la face externe du crâne de ce malade, qui cependant quitta l'hôpital en parfaite santé.

Le traitement du phlegmon diffus de la tête doit être très-prompt et très-énergique, comme on le prévoit déjà. A peine les premiers symptômes de la maladie se déclarent, ou bien avant qu'ils se soient manifestés, le chirurgien doit pratiquer hardiment une incision cruciale sur la blessure, et diviser tous les tissus jusqu'à l'os, à l'aide d'un bistouri à tranchant convexe. Il doit panser en même temps la partie, en rapprochant plus ou moins exactement les bords suivant leur degré de contusion, et en la couvrant mollement avec de la charpie fine, des compresses, et une bande qu'on arrose continuellement avec de l'eau fraîche. Le débridement et ce mode de pansement nous paraissent également convenir dans toutes les périodes de la maladie.

M. Larrey a pour pratique, dans ces cas, de tremper les compresses du pansement dans du vinaigre camphré; ce qui nous paraît très-bien imaginé, surtout pour les premiers pansemens.

Mais c'est sur le traitement antiphlogistique général que le chirurgien doit principalement compter pour juguler la maladie. Les larges saignées du bras, du pied, et même des jugulaires, si cela est possible ; la diète absolue, les boissons rafraîchissantes, et l'usage intérieur du tartre stibié en lavage tant vanté par Desault, tels sont les remèdes que la thérapeutique possède jusqu'à ce jour contre cette maladie. Nous ne pensons pas que les applications de sangsues à la tête puissent être utiles dans ces circonstances ; outre que l'action de ces annélides occasionne souvent des érysipèles fâcheux, leurs piqûres ne peuvent qu'ajouter au traumatisme de la blessure primitive.

Il est à peine nécessaire d'ajouter qu'aussitôt que la suppuration extérieure se manifeste il faut lui donner issue à l'aide de petites incisions multipliées en nombre convenable dans les endroits les plus déclives, et faciliter l'écoulement du pus à l'aide de la compression expulsive et des injections détersives. Si le mal laisse à sa suite une nécrose, il faut favoriser le travail d'élimination à l'aide des applications émollientes, et ne faire l'extraction des esquilles mortifiées qu'à plusieurs reprises, en mettant quelques jours d'intervalle entre chaque débridement. Les plaies qui résultent de ces débridemens seront également traitées par l'arrosement d'eau froide. Si la nécrose enfin est étendue, et qu'à l'époque de l'élimination quelques symptômes de compression encéphalique se manifestent, il est à craindre que du pus ne soit accumulé à la surface des méninges ; on peut, et l'on doit même, dans ce cas, pratiquer une ou plusieurs couronnes de trépan sur les os mêmes qui paraissent nécrosés. R.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvelle méthode pour guérir radicalement les hernies. — Nouveau procédé pour la dissolution des calculs urinaires.

J'ai l'honneur de vous adresser la description succincte d'une méthode destinée à guérir radicalement les hernies.

Cette méthode consiste à piquer des épingles près de l'anneau, à travers les enveloppes herniaires ; à les disposer de manière à ce qu'elles maintiennent en contact les parois du sac, et à les laisser en place jusqu'à ce que l'inflammation adhésive se soit développée. J'en ai conçu l'idée d'après les résultats avantageux qu'on obtient en traitant les varices des jambes par l'introduction et le séjour des épingles dans les parois des veines. Sur onze variqueux que j'ai soumis à cette méthode, deux seulement, très-avancés en âge, n'ont éprouvé que de l'amélioration : tous les autres, de 23 à 52 ans, ont été complétement guéris.

Les épingles ne peuvent oblitérer les hernies qu'autant qu'elles en rapprochent les parois, ne se déplacent point, et, dans la hernie inguinale, n'exposent ni à la piqûre, ni à la compression des vaisseaux spermatiques.

J'ai rempli ces conditions en plaçant le cordon dans l'intervalle des épingles, donnant à celles-ci deux têtes par la torsion de leur pointe, et rapprochant ces têtes préalablement grossies par un morceau de liége, au point de comprimer avec une certaine force toutes les parties situées entre elles.

Les objets que nécessite cette petite opération sont : 1° trois ou quatre épingles ordinaires, longues d'un pouce et demi ; 2° un nombre double de morceaux de liége ayant le volume et la forme de l'extrémité du petit doigt ; 3° une pince à chapelet.

Avant de me servir des épingles, je fais traverser à chacune d'elles le milieu de l'un des morceaux de liége, et je pousse celui-ci jusqu'à la tête de l'épingle dont il augmente le volume.

La hernie réduite, je saisis la racine des bourses aussi près que possible de l'anneau et je place le cordon dans le cercle formé par le pouce et l'indicateur gauche : les extrémités de ces doigts fortement rapprochées, je pique une épingle au devant de leurs ongles, en arrière des enveloppes de la hernie et près du ligament suspenseur de la verge ; je l'enfonce jusqu'à ce que sa tête

appuie sur la peau et que sa pointe fasse saillie en avant; je passe alors celle-ci dans le centre de l'un des morceaux de liége que je pousse assez avant pour que les parties situées entre lui et la tête grossie de l'épingle soient légèrement comprimées; je termine en fixant celle-ci par la disposition circulaire que je donne à sa pointe avec une pince à chapelet.

La première épingle étant ainsi placée, je porte le cordon entre elle et les extrémités du pouce et de l'indicateur gauche, que je rapproche autant que possible l'un de l'autre : je pique, en suivant l'extrémité de ces doigts, une deuxième épingle parallèle à la première, située de six à sept lignes plus en dehors, et fixée ensuite avec les mêmes précautions. Le cordon tout entier se trouve placé alors entre la première et la deuxième épingle, si la pression des viscères herniés n'en a point isolé les diverses parties : mais si les nerfs et les vaisseaux qui le composent ont été séparés, quelques-uns peuvent ne point être compris dans l'intervalle des deux premières épingles; je les place entre la deuxième et la troisième, qui dans tous les cas me paraît nécessaire, et que je pique de six à sept lignes en dehors de celle qui la précède.

Une seule fois je me suis contenté de trois épingles; deux fois j'en ai mis quatre, et chez le dernier malade que j'ai opéré, m'étant aperçu que la rangée des trois premières épingles pouvait être éloignée d'un travers de doigt de l'anneau, j'en mis trois autres plus près de celui-ci.

En général, l'inflammation et la douleur n'ont commencé à se développer que vers le quatrième jour; j'ai attendu pour retirer les épingles que cette inflammation fût assez vive, et que leur tête postérieure eût commencé à ulcérer la peau.

En me guidant sur cette règle, je les ai retirées du sixième au douzième jour; il fallait préalablement couper une de leurs extrémités avec des tenailles incisives.

J'ai opéré par cette méthode quatre hommes affectés de hernies inguinales : parmi eux, deux encore dans la force de l'âge avaient des hernies peu volumineuses : trois semaines ont suffi à leur guérison. Un vieillard de 67 ans portait un entérocèle descendant jusqu'au fond des bourses, et que les bandages ne contenaient qu'imparfaitement : c'est celui à qui j'ai mis six épingles. Après un mois de traitement, il pouvait se lever et marcher sans que les viscères eussent de la tendance à sortir. Cinq semaines ont été nécessaires à la guérison du premier que j'ai traité. Sa hernie avait trente ans d'existence; depuis six ans l'inutilité des bandages l'avait forcé à les abandonner; l'anneau inguinal permettait l'introduction de cinq doigts réunis, et la tumeur dépassait le tiers supérieur de la cuisse.

Tous ces malades, après le temps que je viens d'indiquer, toussaient et se promenaient sans que la hernie pût s'échapper. L'on ne pouvait reconnaître distinctement l'anneau, qui paraissait confondu avec toutes les parties environnantes par ce tissu cellulaire qui succède à l'organisation de la lymphe plastique.

Je n'ai revu que les deux malades dont la hernie était petite; après un mois de séjour hors de l'hôpital, leur guérison était toujours solide.

D'après ces faits et d'après ceux qu'ont fait connaître les expériences sur l'acupuncture et l'oblitération des veines, il est aisé de voir que la méthode que je propose pour la guérison des hernies est simple, facile à exécuter, presque sans douleur, et qu'elle détermine sûrement l'inflammation adhésive. Si celle-ci est prompte à se développer, on l'arrête dans sa marche par l'arrachement des épingles : si elle est lente, on laisse celles-ci en place et dès lors l'on proportionne toujours l'intensité de l'irritation à la susceptibilité que présentent les malades.

Dissolution des calculs urinaires. J'ai eu l'honneur d'adresser à l'Institut, dans le mois de juin de l'année dernière, une communication sur la dissolution des calculs urinaires; je montrais que c'était faire une application vicieuse des principes du galvanisme, que de chercher à décomposer par la pile des calculs plongés dans de l'eau pure.

Dans cette expérience, c'est l'eau qui sert de conducteur aux deux électricités qui s'attirent; c'est elle, et non le calcul, qui est décomposée, et je montrais par l'expérience et par le raisonnement, que pour détruire les concrétions urinaires à l'aide de la pile, il fallait que celles-ci fussent plongées dans la dissolution d'un sel à base alcaline, du nitrate de potasse, par exemple. Ce sel étant décomposé et ses élémens attirés par les fils de la pile mis en contact avec le calcul, celui-ci est dissous du côté acide s'il est formé de phosphates insolubles, du côté alcalin s'il est formé d'acide urique ou d'urates.

Depuis cette communication, je me suis assuré que l'on pouvait injecter pendant plusieurs jours de suite dans la vessie des chiens jusqu'à six gros de nitrate de potasse dissous dans six onces d'eau, sans que ces animaux parussent ressentir de la douleur; qu'ils ne faisaient des efforts pour rejeter la dissolution saline, et n'éprouvaient un abattement passager que lorsqu'on allait à huit ou dix gros que je n'ai jamais dépassés.

Avec des instrumens bien moins complets que ceux que j'ai fait construire depuis, j'ai obtenu sur une jument, dans l'espace d'une heure, une dissolution de huit grains d'un calcul de phosphate triple préalablement pesé. (MM. Prévost et Dumas n'avaient obtenu qu'une diminution d'un grain par heure.) Une livre d'eau, tenant huit gros de nitrate de potasse en dissolution, avait été injectée dans la vessie; la pile avait trente plaques. La même expérience répétée sur un cheval ne donna qu'une diminution de six grains en une heure; mais le sang qui s'écoula de la plaie qu'on avait été obligé de faire se coagula autour du calcul et ralentit sans doute la dissolution. Enfin, je suis parvenu à faire construire un instrument dont les branches sont disposées à peu près comme celles du lithotriteur de M. Civiale; l'isolement des deux tiges qui doivent conduire l'électricité y est réuni à la facilité des mouvemens; au centre existe un canal qui pourrait donner au malade la facilité d'uriner, et au chirurgien celle de renouveler l'injection.

Quelque avancée que soit l'exécution de cet instrument, plusieurs mois doivent s'écouler encore avant qu'il soit assez perfectionné pour mériter d'être soumis au jugement de l'Institut.

Quand mes recherches auront acquis plus de développement et de certitude, à ces communications nécessairement incomplètes je ferai succéder des mémoires plus étendus.

A. Bonnet,
chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

N° 10. — 30 Mai.

Des saignées abondantes réitérées au début des maladies aiguës.

Cette question, d'un intérêt majeur, a été agitée tout récemment, avec un assez grand tumulte, dans le sein de l'Académie de médecine; elle a soulevé, comme on le pense bien, une opposition générale parmi les membres de cette compagnie. Si, au lieu de proposer les saignées abondantes et réitérées comme le remède universel contre toutes les maladies aiguës, l'auteur de la proposition avait cherché à établir dans quelles circonstances ces sortes de saignées peuvent être utiles, il aurait servi bien autrement les intérêts de la médecine qu'en proclamant comme tout à fait prouvée l'assertion que ce genre de traitement était le seul qu'on dût adresser aux maladies aiguës dans leur principe. L'honorable professeur qui a mis en avant cette opinion a donné sur un autre point une grande prise à la critique, en affirmant que jamais antérieurement on n'avait entrepris de traiter ainsi cet ordre d'affections, ou tout au moins que jamais, avant lui, personne n'avait formulé cette méthode de traitement. En effet, il n'a pas été difficile de lui prouver, relativement à ce second point, que depuis près de cent ans on avait déjà conçu une méthode analogue à celle qu'il proposait en ce moment, et qu'à partir de cette époque d'autres médecins, parmi lesquels on peut citer de très-grands noms, avaient écrit en termes précis les principes qu'il s'efforce de restaurer. Nous n'en dirons pas davantage au sujet de l'antériorité de cette prétention. Une question plus intéressante consiste à examiner le principe en lui-même, à quelque date qu'il puisse remonter. Ainsi le principe dont il s'agit mérite-t-il réellement de faire loi en thérapeutique? et, en supposant qu'il ne soit pas doué de qualités qui le fassent admettre comme point de départ du traitement de toutes les maladies aiguës sans exception, quelles sont les circonstances favorables à son application? D'après ce plan, nous aurons dans cet article deux points à distinguer : d'une part, quelle est l'action de ces sortes de saignées; de l'autre, quelles sont les sources d'indications des maladies aiguës.

Suivant les circonstances, les saignées agissent de diverses manières: elles augmentent l'énergie vitale, elles relèvent ou abattent, elles produisent en un mot des effets contraires, que l'habilleté du médecin fait tourner au profit des malades. La proportion de sang extrait par cette voie jouit d'une grande influence sur les effets définitifs qui en résultent : de là la nécessité d'accroître ou de restreindre la mesure des déplétions sanguines d'après la nature et l'intensité des affections. La répétition de ces opérations ajoute une valeur d'un autre genre à celle qui provient de l'abondance des saignées primitives; ce qui détermine à y recourir ou à s'en abstenir plusieurs fois de suite, selon le caractère des indications. Il n'entre pas dans notre idée de douter un instant des avantages que les saignées adondantes et répétées peuvent produire; ce que nous contestons, c'est qu'elles soient de mise, ainsi qu'on l'affirme, dans le commencement de toutes les affections aiguës. Analysons comparativement les résultats de ces sortes de saignées avec la position de la plupart de ces malades : nous apprendrons par cette espèce de parallèle jusqu'à quel point on doit se fier à la généralisation du principe de leur prescription.

Les saignées réitérées et abondantes agissent de deux manières, qui aboutissent à la même action : elles évacuent en grande quantité le fluide sanguin, substance nourricière des organes vivans; et puis elles soutirent par épuisement les forces d'un organe. Partant de cette double action, est-on recevable à admettre qu'au début de toutes les maladies aiguës il est indispensable de réduire le trop-plein de la masse du sang et de pousser les malades à un excès de débilitation? Il en serait ainsi certainement si toutes les maladies aiguës s'offraient aux praticiens avec des conditions de surabondance de forces et de plénitude des vaisseaux sanguins; ou plutôt, pour que telle fût la pratique rationnelle de leur traitement, il faudrait que, dans tous les cas d'une maladie aiguë dans son début, il n'y eût rien autre chose à faire que d'abattre avec excès une surexcitation supposée. Tel n'est pas, à beaucoup près, le besoin des maladies aiguës; telle n'est pas non plus, quels que soient les sujets, l'indication constante de toutes maladies aiguës. Nous conviendrons que très-souvent, au premier signal d'une maladie aiguë, l'effervescence fébrile exalte les forces au delà de leur degré normal, et exige du praticien qu'on les rabaisse à de plus petites proportions : mais cette indication, qui suggère réellement l'emploi des saignées, ne prescrit pas de les faire, d'après un plan commun, toujours très-copieuses et multipliées. Nous poserons donc en principe que le commencement d'une foule, ou de presque toutes les maladies aiguës, se trouve bien de la pratique des saignées; mais nous ajouterons un correctif à ce principe, en admettant que, dans un très-grand nombre, au lieu de les faire copieuses et réitérées, l'indication exige qu'on les retienne sous ce double rapport dans les bornes qu'on ne devrait jamais dépasser. L'indication de ne pas aller trop loin dans la pratique de ces saignées est fondée sur des bases très-solides, que nous allons développer brièvement.

Peu de bons praticiens ignorent que les maladies en général, et particulièrement les maladies aiguës, marchent sous la conduite d'un effort de réaction organique, qu'ils sont convenus d'appeler action médicatrice de la nature, et que, pour avancer ainsi vers une solution heureuse, la condition indispensable, c'est l'intégrité

des forces, ou du moins un état des forces capable d'entretenir cet effort de réaction. Or, le but des saignées trop copieuses et trop répétées, telles enfin qu'on voudrait les faire pratiquer, tend directement à déprimer les forces au delà de la juste mesure; c'est-à-dire en d'autres termes, qu'elles enlèvent à la réaction dont nous parlions tout à l'heure les moyens de s'opérer. Les conséquences de cette soustraction violente de l'activité organique nécessaire sont manifestes. La moins défavorable, c'est de prolonger indéfiniment les maladies, et la pire de toutes, c'est de tuer au lieu de guérir. Voilà le sentiment de tous les médecins sans préjugés thérapeutiques; voilà ce qu'on reconnaît encore quand on observe attentivement et qu'on sait bien observer. Nous ne disons pas que dans quelques maladies il ne faille pas procéder par des saignées à outrance, suivant l'expression admise : par exemple, personne ne doute qu'au début d'une pneumonie inflammatoire violente, ou au commencement d'une encéphalite du même genre, il ne faille saigner largement, et saigner, si l'on peut parler ainsi, à coups redoublés; mais même avec des maladies qui exigent comme celles-là le recours à d'abondantes et à de fréquentes saignées, il faut se garder de penser que les émissions sanguines suffisent à vaincre la violence des symptômes; car il reste toujours, après que la période aiguë est passée, à conduire jusqu'à leur solution définitive ces inflammations terribles; ce qui ne peut se faire, nous le répétons encore, que par le secours d'une réaction spontanée, que l'exagération des saignées arrête ou retarde au lieu de la provoquer. Si dans les cas où les saignées abondantes et itératives sont exigées il y a un terme de rigueur à leur usage, à plus forte raison ce terme se rencontre dans toutes les maladies qui ne s'accommodent pas des saignées.

Un des vices de cette prétendue méthode thérapeutique, c'est de supposer qu'il n'existe aucune maladie aiguë qu'on ne doive attaquer à la faveur des saignées. Ici les exemples du contraire se pressent contre une pratique non pas seulement périlleuse ou pleine de risques, mais tout à fait nuisible, ou plutôt meurtrière. Qui n'a vu des maladies aiguës que les saignées, même dès le début, exaspéraient? Qui n'en a vu aussi dans lesquelles une seule saignée jetait les malades dans la prostration? Enfin, ne sait-on pas encore qu'il y a des maladies dans lesquelles les saignées répétées sont évidemment mortelles? Tous les auteurs offrent des preuves de l'existence de ces maladies; et, sans aller chercher très-loin ces preuves, qui ne sait que Stoll et Sydenham lui-même sont remplis de descriptions de maladies de cette espèce? La plupart des affections bilieuses se trouvent dans ce cas. Dans le nombre, quelques-unes exigent une ou deux saignées; quelques autres n'en exigent pas du tout; plusieurs empirent par les émissions sanguines; toutes ont besoin d'autres remèdes pour guérir. Les affections muqueuses rentrent dans cette classe. Que dire enfin des affections putrides ou adynamiques, des affections nerveuses ou ataxiques, espèces de maladies si mal à propos confondues aujourd'hui sous la dénomination vague d'affections typhoïdes? Comment attaquer par les saignées des maladies dans lesquelles les forces de la vie sont oblitérées dès le principe, et dont la tendance la plus commune les pousse à la gangrène? Y a-t-il lieu à n'attaquer que par les saignées les fièvres intermittentes? Et ne rencontre-t-on pas en grand nombre, au voisinage des endroits marécageux, une multitude d'affections fébriles des plus graves, qu'on appelle pour cette raison des fièvres pernicieuses, contre lesquelles on n'a que l'alternative pressante d'une mort prompte et sûre, ou d'une guérison certaine par de hautes doses de quinquina? Il n'y a en pathologie qu'une seule classe de maladies qui réclame impérieusement et exclusivement l'emploi des saignées : cette classe, la plus connue de toutes, c'est celle des inflammations. Ici saigner au début est la loi suprême de la thérapeutique. Dans les autres classes, la saignée est fort souvent utile, mais c'est à condition qu'elle n'agit pas seule, et qu'elle n'intervient que pour faciliter les voies à une autre pratique. Il n'en existe aucune où l'on puisse admettre le précepte des saignées à outrance, ou de pratiquer coup sur coup des saignées larges ou copieuses. On rencontre bien des cas particuliers où ces sortes de saignées sont nécessaires; mais ces cas forment le plus petit nombre. Le plus souvent il faut s'arrêter après qu'une certaine quantité de sang est versée, de peur d'empêcher la nature de réagir avec avantage et d'amener une heureuse terminaison.

C'est peu de méconnaître la diversité de nature des maladies aiguës; la méthode que nous examinons ne s'embarrasse pas davantage des qualités des sujets malades; elle impose l'obligation de multiplier les saignées abondantes sans s'inquiéter si les sujets sont en mesure de les supporter. A cet égard cependant les injonctions de la bonne pratique sont très-précises : les enfans, par exemple, ne tolèrent jamais les saignées comme les adultes; les vieillards s'en trouvent beaucoup plus mal que les jeunes gens; les femmes délicates et nerveuses ne s'y soumettent qu'avec peine; les personnes bien nourries, vivant dans l'opulence, y trouvent mieux leur compte que les hommes laborieux, livrés à des études pénibles, ou adonnés à des professions fatigantes. Les circonstances des temps ne sont pas mieux observées; et pourtant tous les grands praticiens, Hippocrate à leur tête, ne cessent de nous répéter que les saignées ne font pas le même bien dans toutes les constitutions atmosphériques, sous toutes les expositions. En effet, la plus simple réflexion suggère que l'habitant phlegmatique du Nord ne se trouverait pas dans les mêmes conditions que l'habitant du Midi : il est impossible que la même méthode, alors même que la maladie aurait une nature uniforme, soit applicable à tous les deux.

Si maintenant on veut savoir au juste quand il faut procéder par des saignées abondantes et réitérées, nous donnerons pour règle de se déterminer d'après les considérations réunies de la nature des maladies et de l'état des sujets. La maladie est-elle inflammatoire? saignez itérativement et copieusement, à moins que l'inflammation ne soit pas forte, ou que le malade ne soit pas en position de supporter de trop grandes déplétions de sang.

La maladie a-t-elle une autre nature, par exemple, est-elle bilieuse, interrogez les praticiens de tous les âges, et vous acquerrez la certitude qu'ici les saignées réitérées ne peuvent que nuire, à moins que l'état des forces du sujet, son âge, ses habitudes, ne changent à cet égard les dispositions de la maladie. Dans tout état de cause, n'approchez pas du lit de votre malade avec la prévention que les saignées abondantes et réitérées doivent couper court à toutes les maladies aiguës; car l'expérience, qui frappe de nullité toutes les opinions préconçues, proteste en particulier contre une méthode qui enlève à la médecine les avantages qu'elle puise dans les forces du malade pour atteindre à la guérison.

Du traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfans.

Il n'est pas rare de voir l'urine s'échapper involontairement de la vessie pendant la nuit, et quelquefois même pendant le jour, chez des enfans âgés de cinq à quinze ans, et présentant d'ailleurs toutes les apparences de la santé. Cette incommodité, qui ne s'accompagne d'aucun malaise ni d'aucune modification dans la quantité et la qualité de l'urine, paraît provenir exclusivement d'un relâchement du sphincter vésical. Ce qui le prouve, c'est que l'incontinence d'urine se montre principalement chez les sujets d'un tempérament lymphatique, chez ceux dont les chairs sont pâles, molles; chez les enfans affectés de scrofules, de rachitisme, etc.; et, lorsque les enfans sont débarrassés de cette infirmité, la cause la plus légère, le rire, la toux, par exemple, suffisent pour la provoquer.

Cette affection est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément; et si les hommes de l'art sont rarement consultés, c'est que les gens du monde pensent généralement que la médecine est tout à fait impuissante pour la combattre. Depuis deux ans, nous en avons observé cinq exemples à l'hôpital des Enfans : de ces cinq sujets, un était âgé de cinq ans, un de sept, deux de neuf, et un de onze ans; un seul est venu réclamer les secours de l'art pour l'incontinence d'urine; les quatre autres étaient entrés, soit pour des exanthèmes fébriles, soit pour des angines. L'incontinence d'urine était tout à fait indépendante des maladies dont ils étaient atteints; elle leur avait préexisté, et elle persista après la cessation des accidens qui les avaient conduits à l'hôpital. Le traitement que l'on a opposé à cette incommodité a complétement réussi chez quatre malades; le cinquième a été retiré de l'hôpital par ses parens, qui jugeaient inutiles tous les moyens que l'on employait pour combattre l'incontinence d'urine.

Notre intention est de faire connaître dans cet article la série des moyens qui ont été employés avec plus ou moins d'avantages à l'hôpital des Enfans contre l'incontinence d'urine, et d'y joindre ceux qui sont recommandés par les auteurs, et dont l'expérience a sanctionné l'efficacité. Il est bien entendu que nous ne nous occupons point ici de l'incontinence symptômatique d'un vice de conformation des organes génito-urinaires, de la présence d'un calcul dans la vessie, ni de celle qui accompagne les fièvres graves et les maladies de l'axe cérébro-spinal.

Les moyens dont se compose toute la thérapeutique de l'incontinence d'urine idiopathique sont ou extérieurs ou intérieurs. A la tête des premiers nous placerons les bains, sur l'utilité desquels l'opinion des médecins est presque unanime. MM. Bandelocque et Guersent emploient le bain froid à la température de 18 à 12 degrés dans la saison convenable. Dupuytren avait une très-grande confiance dans le bain froid par immersion, dont il retirait de si grands avantages dans le traitement de la chorée. Il lui suffisait d'employer quatre ou cinq de ces bains pour triompher de l'incontinence d'urine la plus rebelle. Voici un fait qui a été recueilli à la clinique de cet illustre chirurgien. « Une jeune fille de douze à treize ans, non encore réglée, et n'offrant aucun symptôme de pléthore locale qui annonçât la prochaine apparition des menstrues, aucun vice de conformation des parties génitales, ni aucun symtôme qui indiquât la présence d'un corps étranger dans la vessie, était depuis quelque temps affectée d'une incontinence d'urine qu'on ne pouvait attribuer qu'à une atonie du col de la vessie; Dupuytren prescrivit à cette malade un bain froid à prendre tous les jours. On l'y plongeait, on la retirait, et on l'y plongeait encore pendant deux ou trois minutes : on l'essuyait ensuite, on l'habillait chaudement, et on lui faisait prendre de l'exercice. Jamais succès ne fut plus prompt, l'incontinence d'urine cessa après le premier bain; on les continua pendant quelques jours, et l'incommodité ne reparut pas. » Ce moyen est sans contredit des plus puissans et des plus énergiques, nous ne saurions trop le recommander; mais nous répétons ici ce que nous disions de son emploi dans le traitement de la chorée : il serait téméraire d'y avoir recours pendant la saison rigoureuse, et chez les enfans frêles, délicats, sujets aux phlegmasies des bronches et des poumons.

Lorsque ces circonstances s'opposent à l'administration des bains froids, on les remplace à l'hôpital des Enfans par les bains sulfureux ou par les bains iodurés; ces derniers sont surtout employés chez les sujets scrofuleux.

Nous signalerons encore les bains de mer recommandés par Underwood, et les bains aromatiques préconisés par le professeur Lallemand de Montpellier. J'ai vu, dit le premier de ces médecins dans son traité des maladies des enfans, des individus chez lesquels cette infirmité avait duré jusqu'à l'âge de quinze à seize ans, parce qu'on ne l'avait pas traitée convenablement; elle cédait ensuite à l'usage des bains de mer.

Les bains aromatiques, dont M. Lallemand a constaté les avantages, se préparent de la manière suivante : on jette de l'eau bouillante sur quatre ou cinq poignées de plantes labiées dites *espèces aromatiques;* on couvre exactement, on laisse refroidir jusqu'à une

température agréable, on ajoute un verre d'eau-de-vie en mettant l'enfant dans le bain, on le couvre et on l'y laisse tant qu'il se trouve bien; en le retirant, on le frotte avec de la flanelle, et on l'habille chaudement. Ce n'est ordinairement qu'après huit ou dix bains qu'on observe un changement notable; dix-huit, et même trente, sont quelquefois nécessaires pour obtenir une cure complète. Après cinq ou six bains, on doit augmenter la quantité de plantes aromatiques et d'eau-de-vie; si les premiers produisent trop d'excitation, on met deux ou trois jours d'interruption entre chaque. M. Lallemand affirme que dans sa pratique aucun cas d'incontinence d'urine n'a résisté à cette médication.

Parmi les autres moyens externes, nous rangerons le cathétérisme proposé par Goulard, et employé avec succès par M. Baudelocque à l'hôpital des Enfans. L'excitation produite par l'introduction de la sonde est des plus favorables : il suffit de l'introduire cinq ou six fois à trois ou quatre jours d'intervalle pour remédier à l'incontinence. Chez les deux malades qui ont été soumis cet hiver à l'emploi de ce moyen, l'incontinence a été suspendue pendant cinq à six jours après la première introduction; il a suffi de la renouveler quatre ou cinq fois pour triompher complétement de la maladie. Pour rendre ce moyen plus excitant, M. Lair a proposé de plonger la sonde dans une teinture de cantharides, et de pratiquer avec elle le cathétérisme.

Les ventouses sèches au périnée, les vésicatoires volans ou à demeure au scrotum, l'électricité galvanique, recommandés par quelques auteurs, complètent la série des moyens externes.

A l'intérieur on a employé contre l'incontinence d'urine une foule de médicamens de la classe des toniques et des astringens. Le vin, les préparations de fer et de quinquina, le cachou, le sulfate de zinc, le baume de copahu, ont été tour à tour préconisés. Tous ces moyens peuvent être utiles, mais aucun d'eux ne saurait être regardé comme spécifique. Les préparations de cantharides, et celles de noix vomique, nous paraissent seules jouir d'une efficacité incontestable. Leiger, Richter, Baumes, Undervood, Stoller et Howship, ont tour à tour vanté l'action des cantharides, et ont rapporté des faits attestant leur efficacité. M. Guersent affirme qu'elle ne réussit pas constamment. On emploie ce médicament en poudre ou en teinture. Cette dernière préparation est administrée aux enfans entre cinq et dix ans, d'abord à la dose de sept à huit gouttes, qu'on peut porter graduellement jusqu'à un scrupule, et même un gros par jour. La dose de la poudre est d'un grain à un demi-grain par jour. Leiger employait la formule suivante :

Pr. Poudre de cantharides.	vj grains.
Extrait de bourrache.	ʒ ij.

Partagez en vingt-quatre pilules, à prendre une chaque soir. Cette dose lui suffisait dans la plupart des cas.

L'extrait de noix vomique proposé par M. Ribes, recommandé par M. Guersent, a été récemment employé avec succès par MM. Mauricet et Mondière, qui ont consigné leurs observations dans les Archives générales de médecine. Le fait suivant, que nous empruntons au mémoire du docteur Mondière, nous a paru remarquable sous plusieurs rapports.

Vers la fin de décembre 1833, nous fûmes consulté, dit-il, pour une fille âgée de vingt ans, qui était affectée d'une incontinence nocturne d'urines depuis l'âge de six ans. Pendant longtemps sa mère l'avait surveillée au milieu de la nuit pour la faire uriner, et, malgré cette précaution, il lui était souvent arrivé d'uriner au lit vers la pointe du jour. Aucune personne de l'art n'avait été consultée alors, et l'on employa seulement quelques remèdes de commère. Plus tard, les personnes chez lesquelles cette jeune fille servait en qualité de bonne, consultèrent leur médecin, qui répondit *qu'il n'y avait rien à faire*, et que cette incommodité se dissiperait seulement à l'époque où s'établirait la première menstruation. A quatorze ans les règles parurent pour la première fois, et revinrent régulièrement chaque mois; mais l'incontinence d'urine persista. Convaincue que son infirmité, qui n'avait pas cessé, comme le médecin l'avait dit, au moment de l'établissement des règles, était au-dessus des ressources de l'art, cette fille ne consulta plus personne, et ce fut malgré elle que sa mère nous l'amena pour avoir notre avis. Nous prescrivîmes :

Extrait de noix vomique.	gr. viij.
Oxyde noir de fer.	ʒ j.

Faites vingt-quatre pilules, à prendre trois par jour.

La malade n'avait pas pris douze de ces pilules, que l'incontinence d'urine avait déjà disparu. Pour prévenir toute récidive, nous n'en continuâmes pas moins l'emploi de l'extrait de noix vomique, dont vingt-quatre grains furent pris par la malade; ce qui suffit pour assurer la guérison, qui ne s'est pas démentie. Dès les premiers jours de la cessation de l'incontinence d'urine, on engagea la malade à se coucher sans uriner; et, bien que cette expérience fût répétée plusieurs fois, jamais il n'y eut pendant la nuit écoulement involontaire de l'urine.

Le docteur Schwarz, qui oppose avec un égal avantage l'extrait de noix vomique au relâchement du sphincter vésical et anal, et même à la chute du rectum, se sert pour les jeunes enfans d'une dissolution de l'extrait dans l'eau distillée, dans la proportion d'un à deux grains par deux gros de véhicule, dont on administre de six à dix gouttes de quatre en quatre heures.

Quant au régime, il doit être fortifiant et analeptique. M. Guersent recommande de faire prendre une petite quantité de vin pur à l'issue de chaque repas, et il en exclut les fruits aqueux. On doit, tant que la guérison n'est pas assurée, interdire les boissons après le dernier repas, et faire uriner l'enfant avant qu'il se met au lit.

T. C.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur la fabrication de la glace artificielle ; par M. Malapert, pharmacien à Poitiers.

(Extrait.)

La congélation artificielle de l'eau, qui n'a qu'un intérêt scientifique dans les grandes villes, acquiert une grande importance pratique dans les localités où l'on ne peut facilement se procurer de la glace. Celle-ci compte alors au nombre des médicamens que l'on va demander au pharmacien, c'est un besoin de la thérapeutique qu'il est appelé à satisfaire.

M. Courdemanche, pharmacien à Caen, est le premier qui ait publié un procédé pour arriver à ce résultat. Son procédé a reçu plus tard quelques améliorations de MM. Boutigny et Dumeylet. Aujourd'hui, M. Malapert vient ajouter un nouveau perfectionnement à ce procédé.

M. Malapert commence par établir les conditions que l'on doit réaliser pour se promettre le succès. Il s'est assuré par l'expérience, ce que du reste la théorie faisait parfaitement prévoir, qu'il y a avantage à laisser les vases dans lesquels on opère exposés à l'effet du contact de l'air, plutôt qu'à les entourer de linges mouillés. Il a essayé aussi quels étaient les bois les plus favorables pour l'emploi, comme étant plus mauvais conducteurs de calorique, et il a été amené à employer de préférence des vases en bois de peuplier ou de sapin. Enfin il a voulu déterminer quelles étaient les proportions les plus favorables d'acide sulfurique et de sulfate de soude dont on pouvait se servir ; ainsi que le degré de dilatation de l'acide qui donnait le plus grand froid. Il a employé pour chaque mélange deux onces de sulfate de soude cristallisé et réduit en poudre, et il a obtenu les résultat suivans :

Degrés de l'acide à l'aréomètre, à la température de × 14°	Abaissement de température.
42	de + 17° à — 11,15
43	de + 19 à — 12
44	de + 17 à — 12,75
45	de + 14 à — 16
46	de + 17 à — 12

L'acide sulfurique à 45° dissout une plus grande proportion de sulfate de soude qu'à 46° ou 44° et au-dessous : c'est ce qui explique l'abaissement de température auquel il donne lieu. On l'obtient en mêlant trois parties d'acide à 66° et deux parties d'eau. Douze parties d'acide ainsi étendu dissolvent dix-sept parties et demie de sulfate de soude ; et, au moment où la dissolution se fait, le thermomètre descend de + 14 à — 17, si le sulfate est en poudre fine.

L'appareil où se fait la congélation se compose : 1° d'une boîte en bois blanc, dont les planches ont quatre lignes d'épaisseur, et qui a elle-même quinze pouces de hauteur, douze pouces de longueur et huit pouces six lignes de largeur : cette boîte porte un couvercle également en bois ; 2° d'une deuxième boîte en fer-blanc, moins grande que la première, dans laquelle elle doit entrer en laissant un intervalle libre ; on remplit cet intervalle avec du coton cardé. C'est dans cette seconde boîte que l'on fait le mélange réfrigérant. L'eau est congelée dans des moules en fer-blanc peu épais, alongés et légèrement coniques, que l'on tient plongés dans le mélange réfrigérant. Tout l'appareil est verni de manière à être imperméable à l'eau.

En se servant de six livres douze onces de sulfate de soude pulvérisé et de quatre livres huit onces d'acide sulfurique à 45°, et en distribuant l'eau dans deux moules qui contiennent chacun une livre d'eau, on obtient deux livres de glace en quarante minutes. Si après avoir relevé la glace on remet huit onces d'eau dans l'un d'eux, on obtient en cinquante ou soixante minutes huit onces de nouvelle glace.

On peut du reste, en se servant de vases plus grands, obtenir en moins de temps une quantité de glace plus considérable.

M. Malapert recommande de ne pas détacher les glaçons à mesure qu'ils se forment contre les parois des moules : il a remarqué qu'alors les glaçons n'étaient pas aussi fermes, que le pain de glace n'était pas aussi compacte que lorsqu'on laissait la congellation s'opérer tranquillement. Il y a avantage à se procurer de la glace très-solide, parce qu'elle met alors plus de temps à fondre en présence de l'air chaud.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

MAI 1836.

Note sur la conéine; par M. Deschamps.

Le travail que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de pharmacie, au mois d'octobre 1834, avait pour but, non de rechercher si la codéine était un corps nouveau, mais de prouver que ce corps, placé dans la catégorie des alcaloïdes ne pouvait s'y maintenir. J'ai cru, mes expériences ne paraissant point à MM. les rapporteurs assez concluantes pour ratifier ce que j'avais avancé, devoir reprendre ce travail, pour tâcher d'atteindre le but que je m'étais proposé.

Je distillai de la ciguë avec de la potasse caustique et de l'eau, je saturai le produit de la distillation (1) à mesure qu'il était recueilli, par de l'acide sulfurique, je l'évaporai en consistance sirupeuse, je traitai par l'alcool anhydre, je distillai, j'évaporai de nouveau afin de savoir si l'on n'obtiendrait pas un peu de sulfate ammoniaque. Pendant cette évaporation, j'aperçus une matière jaune citron, en petite quantité, rouler comme une matière grasse à la surface du liquide (2). Je repris par l'alcool, je distillai, je traitai par la potasse pour obtenir la conéine. Ce corps est liquide, volatil, alcalin, d'une odeur extrêmement désagréable, pénétrante, tenace, rappelant l'odeur des souris, des cantharides, d'une couleur jaune citron et d'une consistance huileuse. Il forme un nuage blanc quand on approche une baguette en verre mouillée d'acide hydrochlorique, et brûle comme une huile volatile. Cette liqueur fut placée dans une capsule de porcelaine, cette capsule dans une plus grande contenant de l'eau acidulée avec de l'acide hydrochlorique, ces capsules dans une plus grande contenant du mercure, et les deux premières furent recouvertes d'une cloche. Plusieurs jours après, la première capsule fut placée sur un verre à pied plongeant dans l'acide sulfurique, et le tout fut recouvert d'une cloche garnie de suif. L'évaporation s'opéra, et il resta une matière brunâtre, peu soluble dans l'eau et l'éther, mais très-soluble dans l'alcool, brûlant comme une matière grasse, ayant une odeur de souris, et ne présentant d'alcalinité que dans la portion qui occupait le milieu de la capsule. Une goutte d'acide hydrochlorique très-affaiblie suffit pour faire disparaître tout pouvoir alcalin. Le suif qui s'opposait à l'entrée de l'air s'était coloré en brun châtain, et n'avait aucune action sur les papiers réactifs, traité par l'acide hydrochlorique, puis par la potasse, il donna de l'ammoniaque odorante. Le liquide de la deuxième capsule, évaporé à une douce chaleur et décoloré avec du charbon avant l'évaporation, présenta sur une lame de verre des cristaux d'hydrochlorate d'ammoniaque.

On remarque, quand on cherche à dessécher les solutions salines contenant de la conéine, sur la fin de l'évaporation des vapeurs d'eau. Afin de savoir si cette vapeur était formée d'eau et de sulfate conéique, j'introduis de la conéine, saturée par l'acide sulfurique faible dans une cornue et je distillai. Le produit de

(1) Ce produit est incolore, transparent, odorant et très-alcalin. Quand on le sature par l'acide sulfurique ou un autre acide, il se colore en rose et passe au brun moins ou plus foncé, suivant que l'évaporation est moins ou plus avancée.

(2) Désirant isoler cette matière, je traitai du sulfate ammonico-conéique par l'éther ordinaire, le rectifié n'ayant dessus qu'une action faible et ne donnant par l'évaporation qu'une matière brune odorante, j'évaporai, je concentrai sur de l'acide sulfurique, je repris par l'éther qui avait été recueilli, je filtrai, j'évaporai en consistance sirupeuse, et je traitai par la chaleur seulement. Le bain d'huile ne donnant qu'un peu d'eau légèrement jaunâtre, sans action sur les réactifs colorés, et produisant avec la potasse un gaz alcalin. Je chauffai à feu nu, mais loin des charbons. Je vis une matière jaune citron accompagnée d'une matière brune foncée se condenser à la voûte de la cornue, et distiller. J'approchai un charbon rouge du col de la cornue pour tout recueillir, et pour séparer la matière jaune de la brune, j'employai l'éther rectifié en me contentant de le verser dessus, de ne pas agiter et de décanter. Pendant l'évaporation de l'éther la matière se colore en brun et ressemble à la brune. Ces matières répandent une odeur conéique très-fatigante. Dissoutes dans un peu d'éther, je les mêlai, les traitai par la potasse, et j'obtins une liqueur jaune citron à odeur conéique, fortement alcaline, formant un nuage quand on approche une baguette mouillée d'acide hydrochlorique. Moins d'une goutte suffit pour tuer à l'instant un oiseau. L'ammoniaque jouit aussi de cette propriété, et si quelqu'un n'avait eu la maladresse de me casser le flacon qui contenait ma codéine, j'aurais recherché si l'ammoniaque qu'elle contient n'exalte pas ses propriétés.

M.

cette distillation est incolore, odorant, sans action sur les papiers réactifs.

Le chlorure de barium n'y indique pas la présence de l'acide sulfurique.

La potasse aidée de la chaleur, donne naissance à un corps volatil, alcalin, fumant avec l'acide hydrochlorique et ayant l'odeur de la conéine.

L'alcool employé à la préparation de la conéine offre de semblables réactions quand on le traite par le chlorure barytique et la potasse. Evaporé à l'aide de l'acide sulfurique, il laisse une matière brune à odeur de conéine.

Il me semble que l'on peut déduire de ces expériences :

Que l'alcool ne sépare pas du sulfate ammoniaque du sulfate conéique, mais une matière particulière, qui sous l'influence de la potasse forme la conéine.

Que la potasse en agissant sur cette matière la décompose en partie, en formant de l'ammoniaque qui accompagne la partie non décomposée.

Que par la saturation de la conéine par l'acide sulfurique, il ne se forme pas de sulfate conéique, puisque le liquide provenant de l'évaporation de cette saturation dégage de l'ammoniaque quand on le traite par la potasse, et qu'il ne contient pas d'acide sulfurique.

Que la conéine ne doit son alcalinité qu'à l'ammoniaque.

Que la couleur que prend la conéine, et le liquide qui en contient quand on les sature avec un acide même très-faible, vient corroborer les faits avancés.

Que le corps qui donne la conéine pourrait bien être cette matière jaune citron obtenue par la simple distillation : mais, pour l'établir, il faudrait d'autres expériences que mes occupations ne m'ont point permis d'entreprendre.

Et que l'on doit considérer ce corps comme formé sous l'influence énergique de la potasse caustique, dont l'action sur les corps organisés laisse peu de doutes, et non comme tout formé dans la ciguë.

La ciguë n'est pas la seule plante capable de donner avec la potasse un liquide alcalin : car de l'extrait de jusquiame m'a fourni sous son influence un liquide alcalin odorant. Il est probable que l'on obtiendrait, en agissant sur plusieurs plantes, des corps analogues, et que l'on parviendrait à savoir s'ils constituent une série de corps nécessaires.

Sur un dégagement de lumière qui a eu lieu pendant la combinaison chimique des métaux entre eux, et sur le gaz hydrogène arséniqué; par M. Vogel, de Munich.

Les métaux électro-négatifs, qui forment avec l'oxigène des oxides particuliers, comme l'arsenic et l'antimoine, sont surtout propres à se combiner en proportions déterminées avec les métaux électro-positifs dont les oxides constituent des bases salines

Ces combinaisons des métaux positifs avec les métaux négatifs se distinguent de plusieurs manières des simples alliages, mais principalement en ce que, lorsqu'on les entretient longtemps dans un état de fusion, le métal le plus pesant ne gagne pas le fond, et que le plus léger ne se trouve pas à la surface.

Nous savons au contraire que, dans un alliage d'or, d'argent et de cuivre tenu dans une fusion tranquille, l'or, comme le plus pesant de ces trois métaux, se trouve en plus grande quantité au fond du creuset qu'à la hauteur; de même que, dans l'alliage des cloches, l'étain se sépare en partie du cuivre par la fusion.

Il est connu que la combinaison du zinc avec le tellure s'opère sons un dégagement considérable de calorique, et que dans les fabriques de laiton le cuivre et le zinc fondus, au moment de leur union, sont jetés en dehors; mais on ne pourrait pas décider s'il y a ici un dégagement de lumière, parce que la marche fondue elle-même est chauffée au rouge.

La grande analogie qui a lieu entre l'arsenic et le phosphore est généralement connue; mais l'arsenic, dans son rapport aux métaux, a aussi une analogie avec le soufre; du moins l'arsenic se comporte envers les métaux électro-négatifs absolument comme le soufre lui-même, ce que vont prouver les expériences suivantes :

Dans un creuset de terre muni d'un couvercle, je fis chauffer deux atomes de zinc (64,2), et lorsque le métal fut complétement fondu, mais encore loin de la chaleur rouge, je retirai le creuset du feu, et j'ajoutai au zinc fondu un atome d'arsenic métallique (37,6) en poudre fine, chauffé auparavant jusqu'à la chaleur de l'eau bouillante. En remuant rapidement avec une baguette de porcelaine, la masse, jusqu'alors aucunement lumineuse, devient incandescente, et avec un rouge cerise foncé comme lorsque le soufre s'unit à différens métaux, et lorsque la matière fondue eut passé spontanément au rouge cerise, une petite quantité d'arsenic s'enflamma et brûla à la surface avec une flamme blanche bleuâtre (1). En unissant deux atomes égaux d'arsenic et de zinc, l'ignition a également lieu, mais comme dans ce cas le zinc se fige plus facilement par la plus grande quantité d'arsenic, elle n'est pas aussi vive que dans les proportions avec deux atomes de zinc sur un atome d'arsenic.

Je n'ai pas pu faire apparaître l'ignition en ajoutant de l'arsenic en poudre à du plomb ni à de l'étain fondus. Elle n'a pas lieu non plus par l'addition de l'antimoine fondu à du zinc, à du plomb et à l'étain, tous ces trois métaux tenus dans un état de fusion; il serait cependant possible que l'ignition se produisît si on faisait l'expérience avec des quantités un peu considérables de ces métaux.

La combinaison de l'antimoine avec le zinc reste longtemps liquide, et elle paraît être plus fusible que cha-

(1) Il n'est pas nécessaire de chauffer l'arsenic en poudre avant de l'employer; l'expérience réussit déjà à la température de 15° R. et à des températures inférieures.

que métal pris séparément. Cette combinaison était très-cassante : à la surface on aperçut des taches jaunes, brunes et bleues, ce qui pourrait provenir peut-être d'un peu de cadmium contenu dans le zinc. La combinaison formée d'atomes égaux d'arsenic et de zinc, arrosée dans un matras avec l'acide hydrochlorique étendu d'eau, laissa dégager du gaz hydrogène arséniqué, qui fut entièrement absorbé par une dissolution de sulfate de cuivre.

Le gaz, qui avait été dégagé dans des cloches remplies de mercure ou bien dans de l'eau privée d'air, fut partagé en plusieurs flacons bien bouchés et cachetés, dont les uns furent exposés au soleil, et d'autres enveloppés de papier noir et conservés dans l'obscurité.

Le gaz exposé au soleil laissa déposer au bout de quelques jours des lames noires, plus ou moins brillantes, qui couvraient les parois intérieures du flacon, tandis que le gaz tenu dans un endroit obscur ne commençait à former quelques taches noires qu'au bout de huit jours.

La substance noire qui s'était formée dans les flacons par l'action du soleil consistait en lames d'un éclat métallique et en une matière pulvérulente noire ; la dernière, bien desséchée et chauffée dans un tube de verre, après avoir été mêlée d'oxide de cuivre, ne donnait pas de vestiges appréciables d'eau ; elle ne paraît donc pas être un *hydrure*, mais plutôt un sousoxide d'arsenic, résultat auquel était déjà parvenu M. Soubeiran en examinant la substance noire qui s'était formée par le chlore ou par l'air.

Les rayons du soleil amènent donc la même action décomposante sur le gaz que la chaleur, car M. Soubeiran a fait voir que le gaz, chauffé dans une cloche par la flamme de l'esprit de vin à l'aide du chalumeau, dépose de l'arsenic, augmente de la moitié de son volume et devient du gaz hydrogène pur. Je me suis bien assuré, en chauffant le gaz autant que la cloche pouvait le supporter, qu'il se dépose beaucoup d'arsenic, mais je n'ai pas pu ramener le gaz à un état de pureté si parfaite, que le sulfate de cuivre n'en fût plus noirci.

Les rayons du soleil, auxquels j'avais exposé le gaz plusieurs mois pendant l'été, n'avaient pas été suffisans pour en séparer la totalité de l'arsenic.

Nous voyons encore ici une analogie entre le gaz hydrogène arséniqué et le gaz hydrogène phosphoré, car le dernier exposé au soleil laisse déposer beaucoup de phosphore rouge, et perd par là sa propriété de s'enflammer spontanément à l'air. Par la chaleur, il perd aussi son inflammabilité à l'air, quoiqu'il ne se soit pas déposé du phosphore.

Résumé.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que l'arsenic se combine avec le zinc fondu et produit le phénomène de l'ignition ;

2° Que l'ignition n'a pas lieu par l'addition de l'arsenic au plomb et à l'étain ;

3° Que l'antimoine, en s'alliant au zinc, au plomb et à l'étain, ne dégage pas non plus de lumière ;

4° Que le gaz hydrogène arséniqué, exposé aux rayons du soleil, laisse déposer de l'arsenic, mais pas la totalité du métal qui est contenue dans le gaz.

Note sur la préparation du kermès minéral et du soufre doré d'antimoine, au moyen de la méthode de déplacement ; par M. Musculus, pharmacien à Soultz (Bas-Rhin).

Votre estimable journal étant destiné à la publication de tous les faits qui intéressent la pharmacie, j'ai l'honneur de vous adresser la note suivante sur un nouveau procédé pour la préparation du soufre doré d'antimoine et du kermès, par la méthode de déplacement, qui mérite, il me semble, d'attirer l'attention des pharmaciens.

La méthode de déplacement n'a été employée jusqu'à présent, que je sache, que pour des substances tirées du règne végétal. Le nouveau mode de préparation que je vais faire connaître prouve qu'on peut l'appliquer aussi aux substances minérales.

Pour préparer le soufre doré d'antimoine je prends :

Chaux vive éteinte avec quantité suffisante d'eau.	6 parties.
Sous-carbonate de potasse, ou sous carbonate de soude desséché.	4 »
Sulfure d'antimoine pulvérisé très-fin.	2 »
Fleurs de soufre.	1 »
Sable bien lavé et séché.	8 »

Toutes ces substances sont exactement mêlées et mises dans un appareil de déplacement en verre ou en grès, au fond duquel on aura placé quelques petits cailloux ou du verre grossièrement pilé, on recouvre le mélange d'une couche de sable, et on verse peu à peu de l'eau froide jusqu'à ce que le liquide reçu dans un vase ne précipite plus par l'acide hydrochlorique.

Le liquide ainsi obtenu est suffisamment étendu d'eau pure et traité par l'acide hydrochlorique. Le précipité ou le soufre doré d'antimoine est ensuite soigneusement lavé et séché comme par les méthodes ordinaires ; la quantité du produit est à peu près égale à la quantité de sulfure d'antimoine employée.

Pour préparer le kermès minéral on procède de la même manière, avec la différence qu'on laisse de côté les fleurs de soufre, et qu'on traite le liquide obtenu par une solution de bicarbonate de soude, ou en y faisant passer un courant de gaz acide carbonique.

La préparation de ces deux substances par la méthode de déplacement est, comme on voit, beaucoup plus simple que par tous les autres procédés ; et essentiellement pratique par l'économie du temps et de combustible qu'elle présente. Les produits ainsi obtenus sont aussi beaux, surtout pour ce qui regarde le soufre doré, et aussi satisfaisants sous le rapport de la quantité, que par la plupart des autres méthodes.

Par de nouvelles expériences on parviendra sans doute à déterminer d'une manière plus rigoureuse les

proportions de diverses substances qui entrent dans le mélange. Il est possible aussi qu'une macération préalable serait de quelque utilité.

Je ne doute nullement que ce procédé n'obtienne l'approbation de tous ceux qui en feront l'essai, comme elle a obtenu celle de plusieurs savans pharmaciens auxquels j'en ai fait part.

Addition à la note de M. Musculus, par M. Boullay.

Nous avons cru devoir répéter le procédé par lequel M. Musculus applique la méthode de déplacement à la préparation du kermès minéral et du soufre doré d'antimoine. Le soufre doré qu'on obtient est très-beau, le kermès est pesant, et d'une couleur peu favorable, mais en substituant à la potasse le carbonate de soude desséché, selon la méthode de Clusel, et en allongeant la liqueur d'un égal volume d'eau de rivière privée d'air par la distillation, avant d'opérer la précipitation, nous avons obtenu le kermès en grande abondance, léger, et d'une couleur belle et très-intense. La précipitation par le bicarbonate de soude, plus simple et plus facile, nous a paru préférable à l'acide carbonique qui viendrait compliquer l'opération.

Aussi la préparation du kermès, jusqu'à ce jour si embarrassante, si capricieuse dans ses résultats, sera extrêmement facile à pratiquer pour de petites quantités comme pour de grandes masses, le pharmacien ne serait même plus excusable d'avoir recours au commerce, maintenant qu'il pourra extraire le kermès d'un mélange convenable par le simple lessivage à froid, au lieu d'une ébullition longue et réitérée.

Rapport sur une notice de M. Dausse aîné *sur l'extrait d'ipécacuanha et le sirop d'ipécacuanha*, par MM. Desmaretz et Soubeiran.

M. Dausse conseille de préparer l'extrait d'ipécacuanha en prenant de la poudre grossière d'ipécacuanha, l'humectant avec un peu d'eau froide et en la soumettant à la lixiviation : l'opération réussit très-bien, on obtient des premières liqueurs très-concentrées, et si l'on a l'attention de cesser de recueillir le produit de la lixiviation aussitôt qu'il passe peu chargées, l'évaporation demande peu de temps; l'on est par conséquent dans des circonstances favorables pour obtenir un extrait de bonne qualité.

Une livre de racine d'ipécacuanha a fourni à M. Dausse 2 onces 3 gros 1/2 d'un extrait du même vomitif; il fait observer avec raison que le produit est nécessairement un peu variable suivant la racine que l'on emploie.

Nous donnons une pleine approbation à l'emploi de la lixiviation pour préparer l'extrait d'ipécacuanha, pourvu toutefois que l'on fasse le sacrifice des liqueurs dès qu'elles passent peu concentrées ; car autrement les avantages que l'on peut espérer tirer de la lixiviation seraient à peu près annulés.

L'on a à opposer à l'adoption de ce procédé l'opinion avancée par MM. Henry et Guibourt, que l'eau ne dépouille pas l'ipécacuanha de toute sa matière vomitive; mais nous n'avons vu nulle part d'expérience qui prouvât qu'il en soit ainsi.

M. Dausse conseille d'avoir également recours à la lixiviation pour préparer le sirop d'ipécacuanha. Conservant les proportions du Codex, il retire 3 livres de liquide sur 80 4 onces de poudre, et il fait un sirop par simple solution avec 6 livres de sucre.

On aperçoit de suite que l'emploi de la lixiviation est tout à fait inutile pour cette opération, car il ne s'agit plus d'obtenir des liqueurs concentrées, puisque l'on a 3 livres de dissolution à retirer de 4 onces de poudre ; la macération ordinaire aurait donné un résultat aussi avantageux, plus avantageux même si l'on eût divisé l'eau en deux doses, et qu'on les eût fait agir successivement sur la poudre d'ipécacuanha, ce n'est pas que la lixiviation soit dans ce cas un mauvais procédé : seulement elle est sans objet.

Le Codex ayant prescrit pour faire le sirop d'ipécacuanha un procédé presque inexécutable, le champ a été ouvert à tous les praticiens, et chacun a pu substituer à une mauvaise formule celle qui lui a paru donner de meilleurs résultats. M. Dausse nous propose la lixiviation; MM. Henry et Guibourt font faire un extrait à l'aide de l'alcool à 22°. Ils le dissolvent dans l'eau, et ils ajoutent cette solution filtrée à une quantité convenable de sirop de sucre ramené par l'évaporation à la consistance de sirop. Depuis longtemps déjà M. Boullay avait proposé de traiter à trois reprises la poudre d'ipécacuanha par l'eau froide, de filtrer les liqueurs, et de s'en servir pour faire un sirop d'ipécacuanha par simple solution. C'est ce procédé qui a été adopté avec quelques modifications ; à la pharmacie centrale, on traite la poudre d'ipécacuanha seulement par quatre fois son poids d'eau froide en deux fois et l'on exprime fortement à chaque fois; on filtre les liqueurs, et on les ajoute au sirop de sucre, qui a dépassé son point de cuisson ; on fait jeter un bouillon, et l'on passe. Ce n'est pas que le procédé de MM. Henry et Guibourt donne un moins bon produit; mais il le donne moins économiquement, et c'est une raison déterminante pour ne pas lui accorder la préférence.

M. Dausse vient aussi avec une formule de sirop d'ipécacuanha préparé au moyen de l'extrait : c'est l'extrait obtenu au moyen de l'eau dont il fait usage. C'est un moyen commode pour les pharmaciens qui ne veulent préparer que de petites quantités de sirop à la fois ; autrement l'évaporation des liqueurs à consistance d'extrait devient une opération tout à fait inutile.

Voici du reste l'état comparatif des diverses formules de sirop d'ipécacuanha préparées avec l'extrait :

Dausse :

Extrait aqueux d'ipécacuanha.	10 gros.
Sirop de sucre.	18 livres

Codex :

Émétine noire.	10 gros
Sirop de sucre.	18 livres.

Henry et Guibourt :

Extrait hydroalcoolique d'ipecacuanha.	13 gros.
Sirop de sucre.	18 livres.

Dans ces trois formules, le rapport de la poudre d'ipécacuanha au sucre ou au sirop est le même. La quantité d'extrait est plus grande dans la formule de MM. Henry et Guibourt ; c'est qu'ils se servent pour l'obtenir de la poudre de racine obtenue en séparant le *meditium* de la racine, et par cela même ils obtiennent ce sirop plus fort que celui du Codex, ce qui est un tort.

Vos commissaires pensent, Messieurs, que la notice de M. Dausse est intéressante, et vous proposent de lui adresser des remercîmens, de renvoyer son mémoire aux rédacteurs du *Journal de Pharmacie*, pour qu'ils le fassent imprimer dans leur recueil.

---

*Note sur la conservation des cantharides par l'application du procédé d'*Appert.

L'extrême promptitude avec laquelle les mites attaquent les cantharides, la preuve acquise que ce sont les parties molles, reconnues les plus actives, qui sont toujours dévorées, leur prix élevé dans le commerce, ont fait rechercher un moyen de les conserver avec toutes le propriétés qui les caractérisent.

Placé dans des circonstances favorables pour me procurer chaque année une grande quantité de ces insectes, j'ai pu faire sur leur conservation beaucoup d'essais ; et maintenant qu'une expérience de plus de dix années me permet d'affirmer l'efficacité d'un moyen bien connu sans doute, mais dont on n'avait pas fait l'application dans ce cas, je désire qu'il soit porté à la connaissance de mes confrères.

Quel que soit le procédé par lequel on aura fait périr les cantharides, on les met sécher à l'étuve, et lorsque la dessiccation est complète, on les crible et on les introduit dans de grandes bouteilles à petit col, qu'on a soin de tasser pour en faire entrer le plus possible ; on bouche fortement avec un liége que l'on assujettit avec une double ficelle.

Ces bouteilles sont placées debout dans une chaudière d'eau, que l'on porte à l'ébullition, et qu'on maintient en cet état pendant une demi-heure ; on laisse refroidir, on retire les bouteilles, et on les conserve dans une cave ou un magasin.

Lorsqu'on voudra les conserver en poudre, ce qui est préférable, on les pulvérisera au sortir de l'étuve, et on y replacera la poudre pendant quelques heures avant de l'introduire dans les bouteilles, qu'on chauffera ensuite comme pour les cantharides entières.

Le point essentiel pour le succès de ce procédé, qui, comme on le voit, n'est autre que celui d'Appert, est que les cantharides, soit entières, soit en poudre, soient parfaitement desséchées.

On concevra sans peine que les insectes destructeurs dont les œufs adhéreraient aux cantharides et qui auraient échappé à la température de l'étuve, ne pourraient supporter sans périr, pendant une demi-heure, celle de 80 degrés.

EXTRAIT DES ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

Numéro d'octobre 1835 — Par Félix Roudet.

Mémoire sur quelques combinaisons d'un nouvel acide formé d'azote, de soufre et d'oxigène ; par J. Pelouze.

Davy avait observé en 1802 que le deutoxide d'azote pouvait être absorbé par un mélange de potasse ou de soude et d'un sulfite alcalin, et donner ainsi naissance à des matières particulières, dont le caractère principal était de dégager abondamment du protoxide d'azote au contact des acides. Il avait considéré ces nouvelles combinaisons comme formées de protoxide d'azote et d'alcalis, et les avait désignées sous le nom de nitroxides ; mais comme il n'en fit pas l'objet de recherches plus étendues, leur histoire était restée fort incomplète. M. Pelouze a entrepris de l'approfondir.

Lorsqu'on met en contact, dit-il, du deutoxide d'azote refroidi à 15 ou 20 degrés au-dessous de zéro, avec une dissolution aqueuse de sulfite d'ammoniaque également refroidi jusqu'au point où elle commence à se congeler, le gaz diminue peu à peu de volume, et il se forme un sel nouveau très-remarquable, sur lequel nous reviendrons tout à l'heure. Si au lieu de faire réagir le deutoxide d'azote sur le sulfite à 15°, on opère à 0° ou à la température ordinaire, le deutoxide d'azote est complétement détruit, il est vrai, comme dans l'expérience précédente, mais il est remplacé par la moitié de son volume de protoxide d'azote, et au lieu d'un sel nouveau on obtient du sulfate neutre d'ammoniaque.

Dans la première de ces deux expériences, lorsqu'après avoir obtenu le nouveau sel on l'abandonne à la température ordinaire, il se décompose en donnant naissance à un dégagement de protoxide d'azote pur et à du sulfate d'ammoniaque qui reste dans la liqueur. A 10° cette décomposition est rapide, à 40° elle est tumultueuse. Une telle instabilité n'aurait pas permis d'étudier cette nouvelle substance, s'il n'y avait pas eu quelques moyens de fixer ses élémens ; mais à l'aide des alcalis libres on parvient à lui donner de la fixité et à rendre son étude facile ; voici le meilleur procédé pour l'obtenir :

On fait une dissolution concentrée de sulfite d'ammoniaque, on la mêle avec cinq ou six fois son volume d'ammoniaque liquide, et on y fait arriver pendant plusieurs heures un courant de deutoxide d'azote. On voit se déposer peu à peu un nombre considérable de beaux cristaux, on les lave avec de l'ammoniaque refroidie, qui, outre l'avantage de retarder leur décomposition, présente celui d'en dissoudre moins que l'eau pure.

Les cristaux sont ensuite desséchés et renfermés dans un bocal bien bouché, où ils se conservent sans altération.

Avant de passer à l'examen de cette nouvelle classe de corps, M. Pelouze cite l'expérience suivante, qui jette une vive lumière sur leur composition.

Lorsqu'on verse une forte dissolution de potasse caustique dans un tube gradué, renfermant un mélange de deux volumes de deutoxide d'azote, et d'un volume d'acide sulfureux, le gaz est absorbé en entier après quelques heures, et suivant que l'on porte au delà de ces proportions ou le deutoxide d'azote ou l'acide sulfureux, on obtient un résidu de deutoxide, ou bien il se forme du sulfite de potasse, en un mot, les deux gaz ne réagissent jamais que dans la proportion de deux à un, en volumes. Il est facile d'ailleurs de s'assurer que, lorsqu'on emploie ces proportions, il ne se forme, en même temps que le nouveau sel, ni sulfite, ni sulfate, ni nitrite, ni nitrate.

M. Pelouze conclut de cette expérience que le nouvel acide doit être formé de deux atomes d'azote, un atome de soufre et quatre atomes d'oxigène. Il a vérifié plus tard cette présomption par l'analyse directe des sels, auxquels il a donné le nom de nitrosulfates.

Du nitrosulfate d'ammoniaque.

Le nitrosulfate d'ammoniaque est un sel blanc, d'une saveur piquante et légèrement amère ; il est sans action sur les papiers réactifs, et cristallise en prismes à bases de parallélogrammes obliquangles. Il est insoluble dans l'alcool, soit à chaud, soit à froid; il se dissout, au contraire, facilement dans l'eau, et s'y décompose en sulfate d'ammoniaque et en protoxide d'azote.

L'alcool précipite ce sel de sa dissolution aqueuse. Il résiste à une température de 110° ; mais, à quelques degrés au delà, il se décompose avec une explosion qui est due à un dégagement rapide de protoxide d'azote.

Tous les acides en dégagent subitement du protoxide d'azote, et le font passer à l'état de sulfate d'ammoniaque.

Abandonné à l'air libre, il s'y décompose peu à peu, dégage du protoxide d'azote, s'effleurit, et donne un résidu de sulfate d'ammoniaque pur.

Un excès d'ammoniaque augmente la stabilité du nitrosulfate de cette base, mais jusqu'à un certain degré seulement, car il se décompose encore d'une manière très-visible. Aussi, lorsqu'on fait passer dans une cloche contenant de l'ammoniaque liquide un mélange de deux volumes de deutoxide d'azote et d'un volume d'acide sulfureux, l'absorption n'est jamais complète comme lorsqu'on agit avec la potasse, il se forme constamment du protoxide d'azote, et si l'on obtient du nitrosulfate d'ammoniaque, cela tient à ce que sa production marche avec beaucoup plus de rapidité que sa décomposition.

Beaucoup de corps, tels que la mousse de platine, l'oxide d'argent, etc., qui décomposent le bioxide d'hydrogène sans rien perdre, ni sans rien prendre, décomposent également les nitrosulfates. Ce phénomène remarquable est dû, comme pour l'eau oxygénée, à une simple action de présence, et il ne se produit jamais qu'une simple transformation du nitrosulfate d'ammoniaque en protoxide d'azote et en sulfate d'ammoniaque.

En cherchant à obtenir des nitrosulfates métalliques par voie de double décomposition, M. Pelouze a donné naissance à des phénomènes remarquables.

Mêlées à une dissolution de nitrosulfate d'ammoniaque, le chlorure de mercure, les sulfates de zinc et de cuivre, le persulfate de fer, le protonitrate de mercure, le chlorure de chrôme, le nitrate d'argent, produisirent un dégagement abondant de protoxide d'azote, et, en même temps, il se forma du sulfate d'ammoniaque qui resta mêlé aux dissolutions salines, sans troubler leur transparence; avec l'acétate de plomb, il y eut aussi effervescence et production de sulfate de plomb. Mais, chose singulière, la présence d'un alcali en excès suffit pour garantir les nitrosulfates de toute décomposition, en présence de ces mêmes corps qui les détruisent si rapidement quand ils sont dissous dans l'eau pure.

Le nitro-sulfate d'ammoniaque contient un atome d'eau, sa formule est : $H^6\ AZ^2\ S\ AZ^2O^4 + HO$.

Nitrosulfate de potasse.

Ce sel est blanc, très-soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, sans odeur, d'une saveur légèrement amère, sans action sur les papiers réactifs, il cristallise en prismes hexagones irréguliers, semblables à ceux du nitrate de potasse, à 130° il se détruit en donnant naissance à du deutoxide d'azoxte et à du sulfate de potasse. Sa stabilité est beaucoup plus grande que celle du composé ammoniacal correspondant, à tel point qu'il peut être dissout dans l'eau bouillante sans qu'il s'en décompose une quantité notable. Le nitrosulfate de potasse est anhydre, il est formé d'un atome de potasse et d'un atome d'acide nitrosulfurique, sa formule est : $Ka\ AZ_2\ SO^4$. Il fournit à l'analyse, 20 de protoxide d'azote et 80 de sulfate de potasse.

M. Pelouze termine son mémoire en discutant les deux points de vue principaux, sous lesquels on peut envisager la constitution des nitrosulfates, et s'arrête à l'idée bien vraisemblable qu'ils sont formés d'un acide particulier, composé de 2 atomes d'azote, 1 atome de soufre et 4 atomes d'oxygène. Pour ne pas admettre dans ces sels l'existence de l'acide sulfurique et du protoxide d'azote, il se fonde particulièrement sur ce fait remarquable, que les nitrosulfates ne sont point précipités par l'eau de baryte.

M. Pelouze a vainement cherché à isoler l'acide nitrosulfurique, mais dans le cours de ses recherches il a fait une remarque qui est en contradiction avec tout ce qui a été dit sur la théorie de la formation de l'acide sulfurique; c'est que le deutoxide d'azote et l'acide sulfureux peuvent produire de l'acide sulfurique sans que l'intervention de l'air ou de l'oxigène leur soit nécessaire. 200 volumes de deutoxide d'azote et 100 volumes d'acide sul-

furenx, abandonnés pendant quelques heures à eux-mêmes, à la température ordinaire, dans un tube gradué, renfermant une petite quantité d'eau bouillie, se convertissent en acide sulfurique et en un résidu de protoxide d'azote égal à 100 volumes.

Les théories proposées jusqu'ici pour expliquer la formation de l'acide sulfurique doivent donc subir une modification notable, car il est impossible qu'il ne se produise pas une certaine quantité de protoxide d'azote dans les chambres de plomb. M. Pelouze se propose de revenir sur ce sujet.

Sur les combinaisons du phosphore avec l'hydrogène, par M. Leverrier.

Jusqu'ici la composition des gaz hydrogènes phosphorés est restée fort douteuse, et personne n'a encore expliqué l'altération que celui de ces deux gaz, qui est inflammable, éprouve dans quelques circonstances. M. Leverrier paraît avoir résolu ce double problème, nous allons présenter le résumé de ses expériences.

Lorsqu'on expose à une lumière diffuse un peu intense un ballon en verre mince, plein de gaz hydrogène phosphoré recueilli à travers de l'eau bouillie, les parois intérieures du ballon ne tardent pas à se couvrir d'une matière amorphe, de couleur jaune serein. Cette matière, qui peut être séchée et chauffée au contact de l'air jusqu'à la température de 140° sans éprouver de combustion, se décompose en hydrogène et en phosphore lorsqu'on la distille au sein de l'acide carbonique, et n'est autre chose qu'une combinaison particulière de ces deux élémens.

Pour obtenir cet hydrure de phosphore parfaitement pur, on doit d'abord apporter le plus grand soin à ne recueillir le gaz hydrogène phosphoré qu'à travers de l'eau exactement privée d'air; en second lieu, lorsqu'on l'expose à l'action de la chaleur pour achever sa dessiccation, on ne doit pas dépasser la température de 50°, de peur qu'à une température plus élevée il se transforme en oxide de phosphore. L'hydrure de phosphore est solide et floconneux, plus dense que l'eau, il est d'un jaune serein. Il n'a point de saveur et n'offre qu'une légère odeur de phosphore. Il est insoluble dans l'eau et dans l'alcool, quand on l'expose dans l'eau parfaitement privée d'air à la lumière du soleil, il disparaît peu à peu, l'eau devient acide et il se dégage de l'hydrogène. Une goutte d'acide nitrique fort l'enflamme sur-le-champ, et il brûle avec une longue flamme. Le chlore le transforme en acide hydrochlorique et en chlorure de phosphore.

Les dissolutions de cuivre et d'argent le décomposent en donnant naissance à des phosphures plus riches en phosphore que ceux obtenus avec les gaz phosphorés. M. Leverrier a fait l'analyse de ce nouveau composé au moyen d'un appareil semblable à celui que l'on emploie pour mesurer l'acide carbonique dans les analyses végétales. Seulement il a remplacé l'oxide cuivrique par de la tournure de cuivre bien décapée, et il n'a commencé l'expérience qu'après avoir rempli les tubes d'une atmosphère d'acide carbonique. Une chaleur peu élevée suffit pour dégager tout l'hydrogène à l'état de gaz parfaitement pur, et il est facile d'apprécier sa proportion dans le composé en mesurant son volume. Les poids successifs de l'appareil font connaître la quantité de matière mise en expérience et la quantité de phosphore retenue par le cuivre, après la distillation.

M. Leverrier a déduit de plusieurs essais la composition suivante :

Hydrogène.	6,2398
Phosphore.	195,0000

Ce qui correspond à 1 atome d'hydrogène uni à 1 atome de phosphore, et donne la formule HPh.

L'hydrure de phosphore ne se produit pas seulement dans la circonstance qui vient d'être signalée, on l'obtient encore dans plusieurs autres, et surtout lorsqu'on fait passer du chlore dans un excès d'hydrogène phosphoré.

M. Leverrier a déterminé ensuite la composition des hydrogènes phosphorés gazeux, par un procédé analogue à celui qui vient d'être décrit, c'est-à-dire en faisant passer avec lenteur et uniformité un volume déterminé de gaz à travers un tube chauffé à 300° environ et garni de tournure de cuivre parfaitement décapée. L'appareil d'ailleurs avait été rempli avant l'opération d'une atmosphère d'acide carbonique, et un courant du même acide a servi, lorsqu'elle a été terminée, à chasser les dernières portions d'hydrogène hors de l'appareil. L'hydrogène recueilli a été débarrassé de l'acide carbonique à l'aide de la potasse, et la mesure de son volume comparée à celle du gaz phosphoré employé à signaler l'accroissement que celui-ci avait pris en se décomposant et la proportion d'hydrogène qu'il renfermait. La différence entre les poids du tube, avant et après la décomposition, a fourni la quantité de phosphore. Il est bon d'ajouter qu'on avait eu soin, avant tout, de déterminer, au moyen du sulfate de cuivre, le volume d'hydrogène libre qui se trouvait mélangé à l'hydrogène phosphoré.

En analysant de cette manière le gaz spontanément inflammable, M. Leverrier a reconnu, en prenant la moyenne de plusieurs essais, que le rapport du phosphore à l'hydrogène était :

Hydrogène.	18,7194
Phosphore.	201,0011

Ce qui donne trois atomes d'hydrogène et un peu plus d'un atome de phosphore. Il a observé d'ailleurs que selon que le gaz est plus ou moins inflammable, la quantité de phosphore peut varier depuis 198 jusqu'à 205. Il explique cette anomalie, en admettant que le gaz inflammable n'est point un composé distinct, mais que sa composition peut être représentée par celle du gaz phos-

phure trihydrique, mélangé d'un trentième environ d'hydrure de phosphore.

M. Leverrier a démontré ce fait, en déterminant la proportion moyenne d'hydrure de phosphore que l'on peut séparer du gaz inflammable, sous l'influence de l'eau et de la lumière, et en constatant que le gaz qui reste après cette séparation n'est autre chose que du gaz phosphure trihydrique parfaitement pur, c'est-à-dire H^3 Ph.

Une analyse particulière du gaz que fournit l'acide phosphoreux lui a démontré que c'était un véritable phosphure trihydrique très-pur.

M. Leverrier rapporte ensuite plusieurs observations, d'après lesquelles il explique facilement les diverses altérations que le gaz inflammable peut éprouver. Il a reconnu en effet que l'eau privée d'air ne peut, sans le secours de la lumière, altérer le gaz inflammable, et que la lumière diffuse à son tour est sans action sur ce gaz parfaitement sec. La lumière directe elle-même n'agit sur lui qu'imparfaitement et au bout de quelques jours. Son action d'ailleurs paraît analogue à celle d'une température de 150 à 155° sur le même composé. L'eau aérée agit avec beaucoup de lenteur sur le gaz inflammable, même dans l'obscurité; peu à peu elle brûle une partie de l'hydrure de phosphore et précipite l'autre, tandis que le phosphure trihydrique reste à l'abri de toute modification.

L'opinion de M. Leverrier, sur la nature complexe du gaz inflammable, paraît bien établie, mais il reste à se demander si l'hydrure de phosphore prend naissance au contact de la lumière, ou s'il était préalablement formé et comme dissous dans le phosphure trihydrique. L'auteur ne saurait admettre qu'un corps solide, décomposable par la chaleur avant sa volatilisation, pût être à la température ordinaire tenu en suspension dans un gaz, il lui paraît beaucoup plus rationnel de supposer que le gaz phosphure trihydrique se trouve mélangé avec un gaz phosphure bihydrique, qui correspond à l'acide hypophosphoreux, et qui est susceptible de s'enflammer au contact de l'air.

En résumé, dit M. Leverrier en terminant son intéressant mémoire, nous admettons que l'hydrogène est susceptible de former avec l'hydrogène les combinaisons suivantes :

1° Un hydrure solide HPh;

2° Un gaz altérable à la lumière, spontanément inflammable au contact de l'air, et qui n'a pu encore être isolé, H^2 Ph;

3° Un gaz inaltérable à la lumière, non inflammable au contact de l'air, H^3 Ph;

Enfin, un gaz pentahydrique obtenu par M. Henri Rose, en traitant par la chaleur le phosphite plombique cristallisé, H^5 Ph.

Les combinaisons du phosphore avec l'oxigène, le chlore et l'hydrogène, fournissent donc trois séries relatives, dans lesquelles il ne manque que deux sous-chlorures, qui d'ailleurs paraissent aussi exister. Si l'on rapproche la série des composés hydrogènes, du phosphore de la série d'oxidation du nitrogène, on forme le tableau suivant :

$\dot{N}$	$\ddot{N}$	$\dddot{N}$	$\ddddot{N}$
H^2 Ph^2	H^4 Ph^2	H^6 Ph^2	H^{10} Ph^2

qui présente, comme on voit, une correspondance parfaite.

Des combinaisons de l'hydrogène avec les métalloïdes. Thèse soutenue à l'École de Pharmacie de Paris, le 12 décembre 1835; par Aubergier (de Clermont-Ferrand).

(Extrait par M. Boutron-Charlard.)

La thèse dont j'ai à rendre compte est le travail d'un jeune pharmacien instruit, qui, après avoir suivi les cours de l'école pendant plusieurs années, n'a pas voulu se séparer d'elle sans lui laisser une marque de sa reconnaissance, qui puisse attester au besoin qu'il a su mettre à profit ses utiles leçons. M. Aubergier, en prenant pour sujet de sa thèse les *combinaisons de l'hydrogène avec les métalloïdes*, s'est attaqué à l'une des questions les plus ardues et les plus délicates de la chimie. Il était d'ailleurs à portée de sentir les difficultés d'une semblable matière; aussi a-t-il cru devoir se borner, comme il le dit lui-même, à passer en revue les principaux faits dont se composent nos connaissances sur ce sujet, à les classer et en tirer de nouvelles conséquences, ou plutôt à confirmer quelques-unes de celles qui ont été entrevues.

Je dois confesser ici, par avance, que j'ai cru devoir faire de cette thèse de nombreuses citations qui m'ont paru indispensables pour la bien faire connaître. On m'en saura d'autant plus de gré, qu'elle est écrite avec précision et clarté : c'est un emprunt dont on peut se faire honneur.

Dans les premières pages de son travail, M. Aubergier fait remarquer l'analogie de propriétés qui existe entre les combinaisons de l'hydrogène avec les métalloïdes et les oxides métalliques, et il démontre que, comme eux, elles peuvent donner naissance à des corps acides, indifférens et basiques, avec cette dissemblance toutefois que l'oxygène étant le corps le plus électro-négatif, que l'hydrogène étant éminemment électro-positif par rapport aux métalloïdes, les composés des deux classes, qui se correspondent par leur composition, doivent jouir de propriétés directement opposées. En effet, l'oxygène s'unit à un métal, atome à atome, pour former une base, et l'hydrogène, en s'unissant à un métalloïde, atome à atome, produit un acide. Si un oxide métallique se combine avec une plus forte proportion d'oxygène, il devient faiblement électro-positif, souvent même électro-négatif, et si une combinaison métalloïdique s'unit à une proportion d'hydrogène plus forte, elle devient faiblement électro-négative, souvent même électro-positive. D'où il est naturel de supposer que l'hydrogène, en se combinant aux corps simples, peut constituer des acides et des

bases, selon que les propriétés prédominent ou s'effacent en présence de l'élément opposé.

« C'est ainsi que l'on voit un volume d'hydrogène fournir des acides puissans quand il se combine avec un volume de fluor, de chlore, de brôme et d'iode sans condensation ; des acides dont l'énergie semble décroître successivement, lorsque, sans changer d'état, il n'absorbe qu'un demi-volume de tellure, de sélénium ou de soufre, enfin un corps éminemment indifférent lorsque la combinaison a lieu avec un demi-volume d'oxygène.

» L'oxygène et l'hydrogène qui, pour les métalloïdes, occupent les deux extrémités de l'échelle, se neutralisent donc si complétement, que le composé qui résulte de leur combinaison ne jouit par lui-même d'aucune propriété ; il appartient au premier corps, assez puissant pour lui en communiquer une ; il deviendra acide vis-à-vis des bases, basique vis-à-vis des acides. »

M. Aubergier examine ensuite les composés d'hydrogène et de carbone, qui à l'état d'hydrates constituent l'esprit de bois, l'alcool et l'éthal, et fait voir que ces combinaisons s'écartent de la loi qu'il a développée plus haut, puisqu'elles présentent l'exemple d'élémens unis atome à atome pour former une base ; mais il croit en voir les causes dans les propriétés peu saillantes du carbone, tandis que la proportion d'hydrogène qui entre dans l'atome basique est suffisante pour lui communiquer ses propriétés. Il cite de plus, comme un fait digne de remarque, que l'éthaleine, l'éthérène et le méthylène, formés des mêmes élémens en même proportion, ne diffèrent que par l'état de condensation dans lequel ils se trouvent, état qui influe seul sur leur capacité de saturation.

Enfin, il attribue à l'insolubilité dans l'eau et à la non conductibilité pour l'électricité de l'hydrogène carboné et de ses combinaisons, l'impossibilité où l'on se trouve de pouvoir démontrer d'une manière manifeste les propriétés basiques de ces composés, et d'opérer la double décomposition de leurs sels, et il pense que ce sont ces caractères négatifs qui jusqu'ici ont servi d'argument aux chimistes qui ont combattu avec le plus de force les idées émises par MM. Dumas et Polydore Boullay.

Passant ensuite à l'examen des combinaisons de trois volumes d'hydrogène avec un volume d'arsenic, de phosphore et d'azote, qui donnent lieu à des bases puissantes, M. Aubergier les regarde comme propres à fortifier l'espèce de similitude qu'il a indiquée précédemment.

Pour terminer enfin l'analogie qu'il a signalée, il compare entre eux les rapports des hydracides avec les hydrobases, avec ceux des oxacides avec les oxibases, et il trouve encore la même action sur les couleurs bleues avant la combinaison, et la même neutralité au papier réactif après, mais il est forcé d'avouer que l'identité n'est pas complète, puisque les hydracides ne peuvent pas s'unir aux oxibases, et les oxacides aux hydrobases sans qu'une nouvelle réaction vienne à se manifester.

Après avoir fait connaître ces rapprochemens sans dissimuler toutefois les anomalies qu'ils présentent, M. Aubergier entreprend une espèce d'historique des travaux qui ont contribué à établir ces faits d'une manière générale, et des conséquences que les chimistes ont cru devoir en déduire. Remontant à l'opinion émise par Lavoisier : *qu'il était probable que l'azote était un des principes constituans des alcalis en général*, opinion que du reste ce grand chimiste n'a donnée qu'avec une extrême réserve, et comme par induction de la composition de l'ammoniaque, que Berthollet avait trouvée formée d'hydrogène et d'azote, M. Aubergier fait remarquer que, nonobstant cette manière de voir, la potasse et la soude ont été regardées comme des corps simples jusqu'à ce que les belles expériences de Davy vinssent démontrer qu'elles étaient les oxides de deux métaux différens. Il signale tour à tour, comme ayant jeté de nouvelles lumières sur cette intéressante question, la théorie de l'ammonium, soutenue par Davy et Berzélius, les recherches de MM. Gay-Lussac et Thenard qui les avaient portés à regarder le potassium comme une combinaison de potasse et d'hydrogène ; enfin l'idée de Berzélius, qui admit, avec M. Ampère, l'existence de l'ammonium comme métal composé d'hydrogène et d'ammoniaque.

Dans une autre série de corps, il relate les expériences de MM. Thenard et Boullay père, qui considèrent l'alcool comme jouant le rôle de base dans les éthers composés ; les belles recherches de M. Gay-Lussac, qui fixèrent les esprits d'une manière invariable sur les rapports qui existent entre l'alcool et l'éther, et qui ont prouvé qu'on peut les envisager comme deux hydrates d'hydrogène carboné ; les travaux de M. Chevreul, qui regarde les corps gras comme de véritables sels neutres, les éthers composés des hydracides, comme des combinaisons salines et anhydres d'hydrogène carboné, et les éthers des oxacides ou des acides végétaux comme des sels hydratés formés d'acide, d'hydrogène carboné et d'eau. Arrivant ainsi successivement aux ingénieuses théories de MM. Dumas et Polydore Boullay sur les éthers, il les discute avec impartialité, fait ressortir tout ce qu'elles présentent de séduisant à l'esprit, fait valoir les objections qui ont été soutenues contre elles avec talent par MM. Berzélius et Robiquet, et finit par conclure, avec ce dernier chimiste, qu'une partie du voile qui nous cache le mystère de ces combinaisons reste encore à soulever.

Si je ne craignais d'entrer dans des détails plus longs que ceux que comporte d'ordinaire un article de ce genre, ce serait ici le lieu de donner connaissance d'une hypothèse que M. Aubergier a cru devoir poser, et qui n'est, selon lui, que le développement d'une opinion de Davy, et que l'interprétation d'une pensée de MM. Berzélius et Ampère. Cette hypothèse, dont l'un des inconvéniens, à mon avis, serait de nous faire faire un pas rétrograde vers la théorie de Staalh, dont les lumières et la philosophie de la science ont fait justice depuis si longtemps, est présentée d'ailleurs par son auteur avec une défiance et une modestie qui sont toujours les compagnes du vrai savoir. Elle est formulée de la manière suivante :

« Au lieu de faire de l'éther et de l'ammoniaque hydratée des oxides, n'est-il pas plus juste de les regarder comme des combinaisons dans lesquelles l'eau entre sous la forme qui lui est propre, en venant apporter aux hydrobases, auxquelles elle est combinée, la propriété de s'unir aux oxacides pour former des sels, tandis que les hydrogènes carboné, phosphoré, azoté, présentent le même résultat par leur réunion directe avec les hydracides. Si nous voulons expliquer les rapports qui existent avec les oxides métalliques, pourquoi ne les considérerions-nous pas eux-mêmes comme des hydrates? Pourquoi n'admettrions-nous pas que la potasse, par exemple, est l'hydrate d'un radical analogue à l'ammoniaque, si ce n'est l'ammoniaque elle-même dans un état différent de condensation? Comme cet état établit seul une distinction entre le méthylène, l'éthérène, et l'éthalène, ne nous est-il pas permis de penser que les métaux ne diffèrent entre eux que par de semblables modifications?

» Le potassium deviendrait alors un hydrure analogue à l'ammonium, et la découverte de l'éthyle, dont l'existence est probable, avancerait fort peu la question.

» En adoptant ce nouveau point de vue, tous les phénomènes s'expliquent facilement. La théorie des chlorures devient surtout d'une grande simplicité, du moment que nous ne voyons plus dans les oxides que des hydrates dont l'eau est remplacée par un hydracide, de même que les hydracides les plus faibles sont à leur tour remplacés par les plus forts. Les combinaisons des hydracides avec l'ammoniaque, loin d'être des anomalies, des faits inexplicables, doivent servir au contraire de type à cette classe de composés, et l'alcool acquiert de nouveaux rapports avec les basses inorganiques; car, comme lui, l'hydrate de potasse perd la moitié de son eau en présence des oxacides, et la perd toute entière en présence des hydracides. »

Cette thèse est terminée par une note qui a un intérêt direct avec la pharmacie, puisqu'elle a pour objet des vues nouvelles sur la théorie de l'éthérification, qui jusqu'ici a été le sujet de tant de controverses et d'opinions opposées. Nous ne suivrons par M. Aubergier dans l'examen et la discussion des nombreux travaux auxquels l'éthérification a donné lieu depuis la théorie de Macquer jusqu'aux expériences de Dabit, de Sertuerner, de Hennell et de Sérullas. Nous dirons seulement qu'adoptant les idées de ce dernier chimiste, qui regardait l'acide sulfovinique comme un bisulfate d'éther, et que s'appuyant de plus sur une expérience de Hennell et sur des essais qui lui sont propres, M. Aubergier regarde l'acide sulfovinique comme susceptible de se décomposer par la chaleur en acide sulfurique et en éther. Si en effet on soumet à la distillation du sulfovinate de chaux après l'avoir complétement desséché, on n'obtient que de l'huile douce de vin; mais si on emploie ce sel avec son eau de cristallisation, on obtient une grande quantité d'éther, dont l'odeur agréable indique l'absence totale d'huile douce.

Hennell avait déjà vu qu'en distillant du sulfovinate de potasse mélangé d'une proportion d'acide suffisante pour s'emparer de toute la base, on avait de l'éther pour produit, et M. Aubergier est arrivé à un résultat semblable en distillant du sulfovinate de potasse cristallisé.

Pour appuyer sa manière de voir de faits qui ne laissent aucun doute dans l'esprit de ses lecteurs, M. Aubergier fait un mélange d'acide sulfurique et d'alcool absolu dans les proportions nécessaires pour faire l'éther; il suit l'opération dans sa marche avec beaucoup de soins, décrit tous les phénomènes qui se présentent à diverses températures, sépare les produits auxquels elle donne lieu, les met en harmonie avec les idées qui forment la base de sa théorie, et finit par conclure.

» Que dans les sulfovinates c'est l'éther qui joue le rôle de base;

» Que l'éthérification n'est pas un résultat direct de l'avidité de l'acide sulfurique pour l'eau, mais bien de son affinité pour l'éther à une certaine température, et de l'instabilité du composé formé à une température plus élevée;

» Qu'enfin, sous l'influence des acides, l'alcool perd la moitié de son eau, que le composé ainsi formé, l'éther se combine avec eux pour produire des sels neutres et des sels acides, et que ce dernier pouvant laisser échapper leur base à une certaine température, cette base se dégage à l'état de liberté. »

Quoique cette manière de voir puisse donner lieu à des objections plus ou moins sérieuses, je ne finirai pas cet extrait sans féliciter M. Aubergier d'avoir couronné ses examens, pour obtenir le titre de pharmacien, par une thèse inaugurale; c'est un exemple trop rarement imité par les élèves pour ne pas lui en tenir compte. Il a voulu prouver qu'il comprenait l'importance et le noble but d'une profession qu'il est destiné à honorer un jour, et qu'il avait mérité les prix que l'Ecole de Pharmacie lui a décernés en 1833.

A MM. les rédacteurs du Journal de Pharmacie.

Le mode de préparation des extraits, dont l'usage est si fréquent en médecine, a de tout temps attiré l'attention des pharmacologistes; chacun a proposé le sien; et il est à remarquer qu'ils ont tous été dominés par la même idée, celle de soustraire autant que possible le suc des plantes à l'action de la chaleur, persuadé avec raison que cet agent altérait plus ou moins les principes médicamenteux; ainsi Storck avait proposé une chaleur très-douce et une agitation continuelle pour en diminuer l'intensité; plus tard on a employé la vapeur pour obtenir un degré de chaleur toujours uniforme; mais ces moyens ont-ils rempli le but qu'on se proposait, et chaque extrait ainsi obtenu est-il identique dans toutes les officines? Je ne le pense pas.

Convaincu qu'un nouveau procédé pourrait être utile, surtout si on obtenait les extraits sans employer la chaleur, j'ai eu l'idée de me servir, pour ces sortes de préparations, d'un courant d'air continu, et j'ai parfaitement réussi.

C'est sur l'aconit napel que j'ai opéré. J'ai pris la plante fraîche, je l'ai pilée dans un mortier, exprimée à l'aide de la presse, et j'ai filtré le suc au papier, ayant soin de le laisser reposer avant la filtration ; c'est le suc ainsi obtenu que je soumets à un fort courant d'air produit par un soufflet de forge. La température du laboratoire doit être de 10 à 13 degrés, alors l'évaporation marche très-bien, et l'on obtient un extrait parfaitement homogène, qui me paraît contenir tous les principes médicamenteux de la plante, puisque le suc n'a pu être altéré par aucun agent étranger.

Cet extrait est d'une belle couleur jaune verdâtre, et d'une saveur piquante bien prononcée, il laisse sur la langue un sentiment d'astriction qui se prolonge assez longtemps.

J'ai remis de cet extrait à un médecin distingué des hôpitaux, qui a bien voulu se charger de faire des expériences comparatives.

Si le mode de préparation que j'ai l'honneur de vous indiquer ne vous semble pas sans utilité, vous m'obligeriez de donner une place à cette note dans votre journal.

Je vous communiquerai incessamment les résultats obtenus par les extraits ainsi préparés, et je donnerai en même temps la description de l'appareil que j'ai fait construire à cet effet.

J'ai l'honneur, etc.,

GUILLARD.

Pour rendre à chacun ce qui lui appartient, il est juste de faire observer que la méthode proposée ici par M. Guillard pour la préparation des extraits, a été autrefois imaginée, et appliquée avec beaucoup d'avantage par M. Siret, à la concentration du sirop de raisins. (*Voy. Bulletin de Pharmacie*, tom. V, page 358.) L'appareil de M. Siret consiste, comme celui de M. Guillard, en un soufflet de forge qui lance, par plusieurs pommes d'arrosoir, un courant d'air rapide à travers le liquide à évaporer. Il est à remarquer toutefois que M. Siret chauffait le sirop en même temps qu'il le soumettait à la ventilation, tandis que M. Guillard opère constamment à la température ordinaire, soit qu'il dirige le courant d'air au travers des liqueurs, soit qu'il le projette à leur surface, lorsque leur densité ne permet plus d'user du premier moyen ; d'ailleurs l'application de cet appareil à la préparation des extraits pharmaceutiques est tout à fait nouvelle.

Quoi qu'il en soit, le procédé de M. Guillard me paraît digne de l'attention des pharmaciens, il leur permet de soustraire les sucs ou les dissolutions végétales aux altérations plus ou moins profondes que leur fait éprouver le contact prolongé de la chaleur pendant leur évaporation en extraits, et c'est là le résultat que les pharmaciens ont toujours regardé comme le plus intéressant, celui qu'ils ont toujours eu en vue, sans jamais l'obtenir d'une manière complète dans les modifications qu'ils ont successivement apportées à leurs procédés évaporatoires.

Un extrait parfait serait celui qui aurait été préparé dans le vide, à l'abri de l'air et de la chaleur. Il est constant que la chaleur altère quelques-uns des principes immédiats de sucs végétaux ; le procédé de M. Guillard les met à l'abri de cette altération, mais il les laisse sous l'influence de l'air, à laquelle ils ont toujours été plus ou moins soumis, quelque méthode qu'on ait suivie jusqu'à présent pour les concentrer. Il serait utile de déterminer par des expériences précises l'influence particulière de chacun de ces agens sur la composition des extraits, en comparant entre eux des extraits préparés par évaporation à l'air libre au bain-marie d'eau bouillante, par évaporation dans le vide et par le procédé de M. Guillard. C'est là la seule marche à suivre pour apprécier chaque méthode à sa valeur réelle, et décider en particulier du mérite de celle que notre confrère propose aujourd'hui.

Nous espérons qu'il complétera lui-même le travail intéressant qu'il a commencé. F. B.

SOCIÉTÉ DE PHARMACIE.

Séance du 2 mars.

PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

M. Guibourt offre à la Société la troisième édition de son histoire abrégée des drogues.

M. le baron de Sylvestre adresse plusieurs exemplaires d'un rapport présenté à la société royale et centrale d'agriculture, par une commission spéciale, et ayant pour objet la fabrication du sucre de betteraves.

M. Pelouze est chargé de rendre un compte verbal de ce rapport.

MM. Henry et Boutron font hommage à la Société de plusieurs exemplaires de leur mémoire sur le principe vénéneux du manioc amer.

La société reçoit :

Le Journal de Pharmacie.

La Gazette de Santé.

Un mémoire imprimé de M. Dausse, sur la préparation des extraits pharmaceutiques par la méthode de déplacement.

M. Dizé offre à la Société de très-beaux cristaux d'alun cubique et d'alun octaédrique, nourris par le procédé de Leblanc.

M. Bussy rend compte des séances de l'Institut.

M. Boutron fait un rapport très-favorable sur la thèse soutenue par M. Aubergier devant l'École de Pharmacie.

M. Soubeiran fait un rapport très-favorable sur le mémoire de M. Malapert, ayant pour objet la fabrication de la glace.

M. Vallet lit plusieurs extraits des journaux allemands.

MM. Cap et Garot présentent M. Salles comme membre correspondant de la société. M. Lecanu est chargé de faire un rapport sur les titres de ce candidat.

Séance du 6 avril.

La Société reçoit :

Une thèse soutenue devant l'École de Pharmacie par M. Gustave Mallard, et ayant pour titre : Considérations sur les rapports des sciences naturelles avec l'agriculture.

M. Henri est chargé d'en rendre compte.

La Gazette éclectique de Vérone, renvoyée à M. Chéreau.

Un essai sur la culture, la chimie et le commerce des garances de Vaucluse, par M. Bastet, pharmacien. Renvoyé à M. Robiquet.

Le Bulletin de la société industrielle de Mulhausen.

Le Journal de pharmacie.

Le Recueil de science générale de Robert Thomson.

Un exemplaire du précis analytique des travaux de l'Académie royale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen, pendant l'année 1835.

Un mémoire de M. Leroux, pharmacien à Vitry-le-Français, sur l'extraction de la salicine.

MM. Pelletier et Dubail sont nommés rapporteurs.

Une analyse des feuilles de guaco, par M. Fauré, pharmacien à Bordeaux. A cette occasion M. Pelletier annonce qu'il vient de recevoir une grande quantité de guaco, et qu'il en tient à la disposition des pharmaciens qui seront curieux de s'en procurer.

M. Guibourt annonce de son côté que la spigelie anthelmintique du commerce, n'est pas autre chose que la spigelie de Margland, mais qu'il a entre les mains actuellement plusieurs balles de spigelie anthelmintique vraie, et qu'il pourra en céder à ses confrères.

M. Cherean fait observer à la Société, de la part de M. Righini, que ce chimiste se nomme Righini et non pas Bighini, comme on l'a imprimé dernièrement dans le Journal de pharmacie, et qu'il est né en Sardaigne, dans la ville d'Aleggio.

M. Pelouse propose un nouveau procédé pour évaluer la richesse saccharine de la betterave.

Il y a plusieurs années il avait indiqué pour cet objet de faire fermenter les betteraves, et d'évaluer l'alcool qu'elles fournissent au moyen de l'alcoomètre de M. Gay-Lussac. Aujourd'hui il pense qu'on aurait plus d'avantage à faire absorber par la potasse, dans l'appareil à boules de Liébig, l'acide carbonique dégagé pendant la fermentation, et qui est en proportion constante avec le sucre qui l'a fourni. Il espère que cette méthode pourra également servir à déterminer la richesse saccharine du moût de raisin destiné à faire le vin de Champagne mousseux, et permettre d'établir avec certitude la quantité de sucre candi qu'il conviendra d'y ajouter.

M. Moutillard, en rendant compte des mémoires de la Société royale d'agriculture et des arts de Versailles, cite des expériences relatives à la culture des pommes-de-terre, qui y sont rapportées avec détail, et d'où il résulte que la production des pommes-de-terre, au lieu de s'accroître en proportion du nombre et de la grosseur des pommes-de-terre plantées, suit un ordre inverse ; de telle sorte qu'en plantant une petite pomme-de-terre on obtient une récolte beaucoup plus abondante que si on en avait planté plusieurs petites, et dans ce dernier cas la production est aussi plus considérable que si on en avait planté le même nombre de grosses.

M. Henri lit, au nom de M. Boutron et au sien, un mémoire sur la conicine, ou alcali de la ciguë. Il présente à la Société un échantillon de conicine, et un autre de sulfate de conicine cristallisé.

M. Dubail annonce qu'en examinant la résine de jalap du commerce, il a reconnu qu'elle était presque entièrement formée de résine de gayac.

M. Planche rappelle qu'il a signalé cette sophistication dans le Bulletin de pharmacie, en 1810, et qu'il est facile de séparer les deux résines en les traitant par l'éther, qui ne dissout que la résine de gayac.

M. Cap fait un rapport d'admission sur M. Salles ; ce jeune pharmacien est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLIC
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
OMODEI, ANNALI UNIVERSALI.
SUIVIE
DU BULLETIN MÉDICAL BELGE, ETC., ETC.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.
1836.

Leçons cliniques sur le traitement de la maladie vénérienne par l'hydriodate de potasse ou l'Iodure de potassium; par M. Wallace, professeur à l'hôpital de Jervis-Street à Dublin.

Première leçon.

M. Wallace s'occupe depuis deux à trois ans de recherches sur l'action de l'iode dans les états morbides dépendant de l'infection syphilitique, dont les résultats seront incessamment communiqués au public dans un ouvrage spécial. Le célèbre professeur a déjà fait connaître dans quelques leçons, dont nous allons reproduire les parties essentielles, le fruit de ses expériences pratiques, qui semblent être du plus haut intérêt. Le nombre des cas d'affections vénériennes *secondaires*, traitées par l'auteur au moyen de l'iode, s'élève maintenant à cent et quarante-deux, y compris toutes les variétés que peut présenter la syphilis, tant dans ses formes simples que dans ses complications. Écoutons les conversations intéressantes du professeur de Dublin avec ses élèves :

Les effets constitutionnels du virus syphilitique étant rarement circonscrits dans une seule partie ou dans un seul tissu de l'économie, nous éprouvons de la difficulté pour ranger les cas dans un ordre méthodique où ils puissent chacun trouver facilement leur place, et cette difficulté, je n'ai pu l'éluder qu'en plaçant chaque cas dans la division dont les caractères coïncident avec les symptômes les plus proéminens; en sorte que lorsqu'un malade présentait à la fois une affection grave et une autre peu conséquente, ce fut la première qui servit de base de classification.

Sur les cent et quarante-deux cas, classifiés d'après le principe que je viens de mentionner, il y eut six cas d'iritis, six cas d'affections du testicule, dix de tubercules (nodes) y compris toutes les affections des systèmes fibreux, osseux, et synovial, quatre-vingt-dix-sept cas d'éruptions, y compris toutes les affections du système cutané, vingt cas d'affections de la surface muqueuse de la bouche, du nez, de la gorge etc., et trois cas où l'iode a été administré à des femmes enceintes dans le but de préserver le fœtus de l'influence du virus. Nous étudierons chacune de ces formes séparément et successivement l'une après l'autre.

La seule préparation d'iode, dont je me suis servi, et la seule que je voudrais recommander, c'est l'hydriodate de potasse. Et voici les raisons pour lesquelles j'emploie exclusivement cette préparation. Premièrement, je pense que, n'importe sous quelle forme vous employez l'iode, ce n'est toujours qu'à l'état d'acide hydriodique ou d'hydriodate qu'il entre dans l'économie. Jamais je n'ai pu découvrir l'iode à son état libre dans aucune partie du corps, ni dans aucune excrétion. Administrez à un chien l'iode à l'état simple et examinez après un très-petit intervalle le contenu de son estomac, vous n'y trouverez plus un atome d'iode à l'état libre. Le tout s'est transformé en acide hydriodique. Si ces faits sont propres à justifier la conclusion que l'iode n'entre dans l'économie qu'à l'état d'hydriodate ou d'acide hydriodique, il serait inutile de vouloir l'employer sous une autre forme. En second lieu, il y a du danger d'employer l'iode à l'état simple ou même en dissolution dans l'hydriodate de potasse. L'iode, à moins qu'il ne soit saturé d'hydrogène, est un violent irritant local, et malgré la faculté que possède l'estomac de pouvoir transformer rapidement l'iode simple en hydriodate ou en acide hydriodique, ce changement n'est pourtant pas aussi instantané qu'il puisse prévenir entièrement l'irritation de la surface muqueuse gastrique.

En introduisant de l'iode simple dans l'estomac d'un chien, vous trouverez toujours la surface muqueuse de l'estomac enflammée, altérée dans sa couleur et même ulcérée. Ces mêmes altérations n'auront pas lieu, si vous y introduisez au lieu de l'iode simple une quantité équivalente, ou même beaucoup plus grande d'hydriodate de potasse. J'aurai occasion de vous entretenir de cas où la teinture d'iode, tant à l'état simple que dans sa combinaison avec l'hydriodate de potasse, manqua de produire des effets salutaires à cause que l'irritation qu'elle provoque dans l'estomac, fut un obstacle à l'emploi de doses suffisamment grandes pour subjuguer la maladie; et dans ces mêmes cas, l'action de l'hydriodate de potasse employé subséquemment, fut de l'utilité la plus incontestable. Je vous ferai connaître d'autres cas, où l'usage de l'iode à l'état simple, tout en subjugant la maladie pour laquelle on l'administra, ne donna pas moins lieu à des lésions de l'estomac et fut suivi d'amaigrissement considérable, tandis que je n'ai jamais observé de pareils effets après l'usage prudent de l'hydriodate de potasse.

La *mixtura hydriodatis potassæ* contient deux gros de sel dans huit onces d'eau. Nous en donnons à des personnes adultes une cuillerée à bouche quatre fois par jour, ce qui fait deux onces par jour; le malade prend donc ainsi journellement un demi gros d'hydriodate de potasse. Il est rare que j'ajoute quelque autre substance à cette dissolution, à moins que le malade ne se plaigne du goût, qu'on peut corriger au moyen d'un peu de sirop.

Jamais je ne néglige de m'assurer de l'état de l'urine, qui est un moyen d'apprécier le degré auquel l'organisme du malade se trouve imprégné de cet agent; l'état de l'urine m'indique dans ce cas l'action de l'iode, de la même manière que l'action du mercure m'est indiquée

par l'état de la bouche. Je continue à donner l'hydriodate de potasse à la dose susdite, jusqu'à ce que les urines deviennent noires comme de l'encre par l'application des réactifs. En agissant ainsi, j'évite encore qu'on ne me trompe sous le rapport de la qualité de ce sel; circonstance, qui est d'autant plus importante que la falsification de l'hydriodate de potasse n'est rien moins que rare.

Il est remarquable, en combien peu de temps on découvre l'hydriodate de potasse dans les urines d'un malade qui prend ce sel à pleines doses. Très-peu d'heures après son administration vous pouvez en constater la présence dans ce fluide. Sur un chien, empoisonné par l'iode, M. O'Shaugnessy l'a découvert dans l'urine quatre minutes après l'ingestion. Il n'est pas moins remarquable avec quelle vitesse l'urine cesse d'en manifester les traces aussitôt qu'on en interrompt l'usage. En général quelque grande que soit la quantité de cet agent que votre malade a pris ou quel que soit le dégré de saturation de son urine, quelques jours d'interruption de l'emploi de ce remède suffisent pour qu'il n'en reste qu'une légère trace; mais cette *trace* continuera d'être perceptible pendant plusieurs jours. Ces faits prouvent que l'hydriodate de potasse quitte l'économie aussi rapidement qu'il y entre. Cela me fait douter si cet agent peut s'accumuler dans l'organisme, quoique je sois convaincu que son emploi prolongé doit produire, après une certaine période, des effets qu'on n'a pas observés d'abord. La sécrétion rénale n'est pas le seul émonctoire qui donne issue à l'iode introduit dans l'économie. Administrez cette substance à une nourrice et vous la retrouverez dans son lait, et même dans l'urine de l'enfant qu'elle allaite. Vous la découvrez toujours dans la salive, et j'en ai constaté la présence dans les larmes de plusieurs malades affectés d'iritis avec larmoiement.

Parmi les réactifs propres à faire reconnaître la présence de l'hydriodate de potasse dans les sécrétions, je me sers de préférence d'une dissolution d'amidon, d'acide sulfurique étendu et d'une faible dissolution de chlorure de chaux, qui, en même temps qu'il est plus facile à obtenir qu'une dissolution de chlore pur, répond parfaitement au but pour lequel nous l'employons. Voilà dans ce tube un peu d'urine du malade nommé Kearnan. Quelques gouttes d'acide sulfurique étendu, que j'y ajoute, ne semblent pas y produire de changement visible. J'y ajoute une petite quantité de la dissolution d'amidon et ensuite une ou deux gouttes de la dissolution du chlorure de chaux. C'est l'ordre dans lequel j'emploie généralement ces réactifs, ce qui du reste n'est pas essentiel. Vous avez observé qu'au moment où j'ajoutai le chlorure de chaux, les contenus du tube ont pris une couleur bleu foncé ou noire. Mais dès que j'y ajoute un peu plus de chlorure de chaux, il détruit la couleur noire et le liquide redevient limpide.

Vous pourriez supposer que l'hydriodate de potasse se laissant si facilement découvrir dans les excrétions, il ne serait pas plus difficile d'en constater la présence dans le sang. On nous dit que Cantu, en Italie, et Bonnerscheidt, en Allemagne, sont réellement parvenus à retrouver l'iode dans le sang des personnes qui en ont fait usage. En cela ils ont été plus heureux que moi. Malgré le grand soin, avec lequel j'ai examiné récemment le sang artériel et veineux de trois personnes, je n'y ai pu trouver de trace ni d'acide hydriodique, ni d'iode simple.

J'ai fréquemment examiné la matière excértée par les ulcères et la sérosité exhalée dans les cavités séreuses de personnes qui se trouvaient sous l'influence de l'hydriodate de potasse, sans que j'aie pu y découvrir des traces de cette substance.

Quels sont les effets de l'hydriodate de potasse dans l'économie, indépendamment de son action sur les maladies et de son influence sur la composition des excrétions? Ils sont en général peu nombreux, et souvent j'ai continué d'administrer ce remède jusqu'à complète guérison d'un malade, sans observer d'autre effet sensible que l'amélioration générale de sa santé.

Ce qu'on observe le plus communément, c'est que, sous l'emploi de l'iode, l'appétit et les forces s'augmentent. Ces effets parfois très-notables, contrastent d'une manière frappante avec les effets de quelques autres médicamens actifs, tels que le mercure et l'arsenic, dont l'influence constitutionnelle se manifeste précisément par les phénomènes opposés à ceux que nous venons de mentionner. Quelquefois j'ai vu l'augmentation dans la sécrétion de l'urine succéder à l'usage de cet agent; d'autres fois il est suivi d'une augmentation du mouvement des intestins ou de la transpiration. D'autre part, j'ai aussi vu survenir la constipation après l'usage de l'hydriodate de potasse. Ces accidens consécutifs de l'action du remède ont cessé toutes les fois, sauf dans deux ou trois cas, sans qu'on eut besoin d'avoir recours à une médication active. L'état des intestins a forcé une ou deux fois d'interrompre l'usage de l'iode ou exigé de la combiner avec quelques gouttes de teinture d'opium. D'autres cas ont requis l'emploi des purgatifs. Quelquefois j'ai vu survenir la salivation à la suite de l'usage de l'hydriodate de potasse. Le cas le plus remarquable de ce genre que j'aie eu occasion d'observer, fut celui d'un enfant âgé d'environ quatre ans; je dis, remarquable, parce que les enfans sont en général moins sujets à la salivation mercurielle que les personnes adultes. Chez cet enfant et chez une personne adulte, l'état de la bouche m'a obligé de discontinuer pour quelque temps l'emploi du remède. Un autre effet, qu'on observe assez fréquemment après l'usage prolongé de cette substance, c'est une espèce de mal de gorge; les malades croient avoir pris un froid; ou un *cardiagme*, accompagné d'autres symptômes d'indigestion et de flatulence. Ces sensations morbides de la gorge et de l'estomac exigent qu'on interrompe la médication pour quelque temps ou qu'on combine l'iode avec la quinine. J'ai l'habitude le faire prendre au malade une potion avec la quinine le même nombre de fois dans la journée qu'il prend de la dissolution d'hydriodate de potasse. Il est convenable de séparer l'usage de l'un et l'autre médicament par les

repas. Deux à trois grains de quinine dissous dans l'eau acidulée avec l'acide sulfurique, suffisent pour une dose; et il arrive souvent que déjà après quelques jours on peut se passer de la quinine sans qu'on risque de voir reparaître, tout en continuant l'emploi de l'hydriodate de potasse, les symptômes morbides de la gorge et de l'estomac. Permettez-moi encore d'ajouter à ce qui précède, que j'ai souvent observé chez des malades qui prenaient l'hydriodate de potasse, un état d'irritation de la membrane muqueuse de Schneider, caractérisée par un écoulement considérable de l'une ou des deux narines, et par une sensation de malaise qui s'étend le long du nez jusqu'au front. Il est des malades, surtout chez le sexe, qui pendant le temps qu'ils se trouvent sous l'influence de l'hydriodate de potasse perdent en partie le sommeil. Cet état d'insomnie est souvent accompagné de sensations morbides dans la tête, de différens caractères chez différentes personnes. Lorsque ces symptômes se manifestent, il est convenable de discontinuer pour quelque temps l'usage de ce remède et d'administrer un purgatif.

Vous pourrez me faire la question si je n'ai jamais vu survenir à la suite de l'emploi de l'hydriodate de potasse, ces terribles conséquences qu'on dit pouvoir résulter de l'influence de l'iode, telles que le dépérissement général avec forte irritation gastrique, l'atrophie des testicules et des glandes mammaires, les tubercules des poumons, l'hémoptysie, des affections graves du système nerveux, etc. Je suis prêt à mettre sous vos yeux et sans réserve le résultat de mes expériences. Loin de vouloir répandre le moindre doute sur la véracité des observations faites à ce sujet, je crois devoir attribuer les résultats heureux de ma pratique à la préparation même dont je me suis servi. D'après ce que j'ai vu de l'action de l'iode employé sous forme de teinture et de dissolution dans l'hydriodate de potasse, je ne doute nullement que cette substance ne soit capable de provoquer par son influence irritante particulière les accidens les plus funestes dans l'économie animale. Mais ces accidens, je ne les ai pas vus succéder à l'emploi de l'hydriodate de potasse. Voici ce que j'ai observé :

Deux femmes, dans cet hôpital, prirent, par suite d'un mal entendu, en un jour, la dose double d'hydriodate de potasse; chacune prit un gros de sel en dissolution. Les symptômes qui furent observés à la suite de cette méprise, furent absolument identiques chez les deux malades; nausées, mal de gorge, coliques, vomissement et dévoiement légers, fréquence du pouls et épuisement. Chose remarquable, l'une et l'autre malade mirent cette indisposition sur le compte d'un repas de la journée précédente, ce qui cependant était faux, puisque d'autres malades de l'hôpital, qui avaient goûté du même repas, n'avaient pas été affectés de la même manière. Ces symptômes disparurent le lendemain chez les deux malades, sans qu'elles eussent pris autre chose qu'une potion composée d'huile de ricin et de teinture de sené avec quelques gouttes de teinture d'opium.

Plusieurs de mes malades, au moment où ils se trouvaient sous la pleine influence de l'hydriodate de potasse furent atteints d'une douleur aiguë dans les parties antérieure et inférieure du côté gauche, exactement dans le centre de la surface formée par les fausses côtes, douleur accompagnée de toux et de gêne dans la respiration. Ces symptômes étaient d'une intensité notable chez trois malades, et ils furent combattus au moyen de la saignée et des vésicatoires. Chez tous le sang était couënneux, et la fièvre ne manquait pas d'intensité; dans un cas la langue devint sèche et noire; si ces symptômes ne s'étaient manifestés que dans un cas isolé, je ne les aurais certainement pas attribués à l'action de l'hydriodate de potasse, mais les voyant reparaître chez tant d'individus et présentant toujours le même caractère, je devais présumer qu'ils devaient leur origine à l'influence de cet agent, sans pouvoir préciser quel était l'organe affecté. L'affection passa chez tous ces malades sans grande difficulté, la médication fut discontinuée pour quelque temps et reprise plus tard sans inconvénient.

Voilà les seuls symptômes désagréables que j'aie vus survenir chez mes malades de l'hôpital à la suite de l'usage de l'hydriodate de potasse. M. Cullen, attaché à cet hôpital, m'assure avoir vu une fois un *purpura* succéder à l'emploi de ce médicament, chose que je n'ai jamais observée. M. Cullen, cependant prétend qu'il est impossible de douter de la vérité du fait, puisque la discontinuation de l'hydriodate ayant fait cesser le *purpura*, ce dernier reparût aussitôt qu'on recommença à administrer cette substance. Un mot à présent concernant un malade que j'ai traité dans ma pratique particulière.

Je prescrivis l'hydriodate de potasse à un malade affecté de périostite du tibia aux deux jambes, avec complication d'une syphiloïde tuberculeuse. Ayant pris précédemment du mercure en grande quantité, il se trouva fort bien de l'hydriodate de potasse. Il vînt deux ou trois fois chez moi me demander conseil; et chaque fois je l'engageai à continuer le même traitement. Imaginant alors qu'il pouvait se traiter lui-même, il ne reparut pas pendant plusieurs semaines. Après cette époque, il vînt m'apprendre qu'il avait continué de prendre de temps à autre le médicament que je lui avais prescrit; mais jamais il n'avait prolongé son usage au-delà d'une semaine, s'étant toujours trouvé au bout de ce temps libre de son mal principal, la douleur des tibias. Ce fut moins pour ses douleurs et l'éruption, que pour une espèce d'indigestion avec aigreur remarquable de l'estomac, douleur avec resserrement du pharynx et amaigrissement qu'il vînt cette fois-ci me consulter. Je lui prescrivis le sulfate de quinine, qui ne tarda pas de le rétablir en apparence en peu de jours. Encore une fois je n'entendis pas parler de lui pendant plusieurs semaines, lorsqu'il vînt me voir, se plaignant d'une céphalalgie violente, présentant un pouls fort accéléré et tremblant, et de nouveau des symptômes d'indigestion, mais le plus extraordinaire parmi ces maux, et dont je n'ai rien encore vu de pareil, ce fût un état particulier des yeux. Les pupilles étaient dilatées et les deux yeux se trouvaient dans un mouvement continuel, semblable à celui des yeux d'un enfant affecté de cataracte congé-

nitale. Il lui était impossible de fixer un objet quelconque; constamment il avait ses mains appliquées au-dessous de ses yeux comme s'il voulait les défendre contre l'éclat du jour, qui cependant ne semblait pas lui faire mal. La céphalalgie était permanente. Sur mes informations, le malade m'apprit que quelque temps après sa dernière visite chez moi, les douleurs ostéocopes ayant repris, il avait eu recours à son ancien remède, l'hydriodate de potasse; qu'il en avait pris plusieurs bouteilles avec grand avantage, et que les symptômes actuels ne s'étaient développés que graduellement. Dès ce moment, j'observai ce malade avec attention. Qu'il suffise de vous dire que plus tard il fût atteint de tremblemens musculaires, et bientôt après de paralysie d'un seul côté du corps; son état fut désespéré pendant deux ou trois semaines. Dans ce moment, les symptômes de paralysie commencent à céder, ses forces reviennent, ses yeux sont beaucoup moins agités, son pouls est plus fort, la céphalalgie a cessé, et j'ai raison de croire qu'il se rétablira parfaitement.

Les symptômes nerveux, musculaires et gastriques durent-ils leur origine à l'influence de l'hydriodate de potasse? Je le pense, d'autant plus qu'ils offrent quelque ressemblance avec les symptômes observés par M. Lugol dans certains cas, où il avait fait prendre des bains d'iode dissous dans l'alcool. Un cas analogue en certains points, surtout touchant le mouvement oscillatoire des yeux, a été rapporté par le docteur Jahn de Meiningen; mais ces symptômes, je pense, n'auront lieu que lors de l'emploi inconsidéré de cette substance, et lorsqu'il existe en outre une certaine prédisposition dans la constitution de l'individu qui en fait usage; je le pense parce que sur un grand nombre de malades, auxquels j'ai administré ce remède, je n'ai pas observé un second cas pareil au précédent. L'état que je viens de décrire, ne serait-il pas analogue à l'état qui survient après l'usage prolongé du mercure; et ne pourrait-on pas le nommer *iodisme* ou *cachexie iodique*, aussi bien qu'on désigne l'autre sous le nom de mercurialisme ou de cachexie mercurielle? Ces faits, tout rares qu'ils sont, peuvent aussi peu former une objection rationnelle contre l'emploi général de l'hydriodate de potasse, que des faits analogues ne défendent l'emploi du mercure et de l'arsenic dans d'autres cas.

Le cas dont je viens de vous donner quelques détails, est le seul où j'aie vu un certain degré d'émaciation succéder à l'usage de l'iode. Mais bien souvent j'ai observé des effets de nature opposée; des malades pâles, maigres et épuisés sont devenus gras et robustes sous l'influence de cet agent. Je n'ai jamais non plus pu constater l'atrophie du sein ou des testicules, mentionnée par tant d'auteurs comme un des effets de l'iode; jamais je n'ai eu la moindre raison d'accuser cette substance d'avoir produit l'hémoptysie ou des tubercules dans les poumons. Bref, je suis convaincu que dans toute la matière médicale il n'est pas d'autre agent à la fois aussi efficace et moins offensif à l'économie, lorsqu'il est convenablement employé.

Comment expliquer la divergence d'opinions touchant les vertus de l'hydriodate de potasse en sa qualité d'agent thérapeutique? Il est des médecins qui regardent cette substance comme complètement inerte; il en est d'autres qui en considèrent l'usage comme plus ou moins dangereux. Il ne nous est pas difficile de nous rendre compte de cette différence d'opinions, si, d'une part, nous notons combien ce médicament est sujet à être falsifié, et si de l'autre part nous considérons les doses minimes sous lesquelles on a l'habitude de l'administrer: cette timidité dans les doses provient de ce que l'esprit des médecins a été préoccupé par ce qu'ils ont observé d'effets offensifs sur l'estomac, produits par des petites doses d'iode simple. Lugol conseille de ne commencer l'usage de l'iode avec des doses plus grandes que d'un demi grain par jour, combiné avec un grain et demi d'hydriodate de potasse et de ne pas l'élever au-dela d'un grain et demi, combiné avec deux grains et demi d'hydriodate de potasse. Le même auteur explique les accidens que Coindet a observés dans sa pratique, par l'énormité de ses doses; la dose de l'iode que ce dernier avait donnée était de trois grains par jour. M. Gairdain a observé des symptômes graves par suite de l'usage de l'iode à la dose d'un demi grain pris trois fois par jour et continué pendant une seule semaine.

(*Th. Lancet*, 1836, 26 mars.)

Leçons sur les maladies syphilitiques; par W. Wallace, de Dublin.

Affections vénériennes de la peau.

Les syphilides présentent à l'observation des variétés si nombreuses qu'elles ne paraissent être susceptibles d'aucune description et classification précises. C'est ainsi qu'un auteur qu'on considère comme classique dans notre pays (Dr Bateman), a évité de parler de ce sujet à cause des difficultés qu'il présente. Voici à peu près comme il s'exprime dans son dernier ouvrage sur les maladies de la peau. « Les syphilides offrent une variété telle, qu'elles se refusent à toute classification; » en effet, on n'y trouve aucun sujet distinctif qui indique leur nature et leur origine. » Dans la préface d'un ouvrage publié quatre ans plus tard (*Delineations of cutaneous diseases.*) le même auteur dit: « Il serait » présomptueux dans l'état actuel de la science de » vouloir tenter la classification des variétés des syphilides. »

J'ose croire que mes recherches sont de nature à dissiper l'obscurité et la complexité dont M. Bateman a eu raison de se plaindre. Dès à présent il semble que les lois qui règlent l'origine, les progrès et les symptômes des syphilides, ne sont pas moins connues que celles des autres classes de maladies cutanées. Mes recherches dans cette partie des maladies cutanées ont été aidées par l'étude des variétés mêmes et par quelques ouvrages, surtout

d'auteurs français : mais vous ne trouverez nullement de trace de principes généraux, auxquels je suis arrivé, qui, non-seulement ont simplifié beaucoup cette étude mais aussi ont rendu son intérêt plus grand en réduisant à des lois immuables des phénomènes qui, jusqu'à présent, paraissaient offrir les caractères les plus protéiformes.

Le premier principe général dont je veux vous parler, est, qu'il n'y a que *deux groupes naturels d'éruption vénérienne,* et que chacun de ces groupes, quoique comprenant un grand nombre de variétés, se distinguent tant par la nature spécifique de la cause, que par des caractères extérieurs faciles à apprécier.

Il n'est aucun de vous qui ne connaisse la forme de maladie vénérienne qu'on nomme condylome ; vous savez que cette excroissance occupe constamment la peau à la région de l'anus ; elle se trouve également dans l'aîne, au scrotum, à l'aisselle, enfin dans presque toutes les parties de la surface du corps. Ce symptôme a fixé de bonne heure mon attention. On le rencontre fréquemment dans ce pays et il paraît être toujours en contradiction avec une foule d'opinions qui concernent la syphilis. C'est ainsi que les excroissances fongueuses qui les caractérisent, sont précisément un état morbide inverse à celui de l'ulcération, tandis que cette dernière, produite par le virus vénérien dans les circonstances ordinaires, est considérée par M. Hunter comme un des phénomènes les plus caractéristiques de son action locale. En faisant attention à ce symptôme, j'arrivai graduellement à la connaissance de certains faits échappés à l'attention de mes prédécesseurs et qui me semblent être d'une très-grande importance pour ceux qui veulent pénétrer la nature des syphilides.

Je vérifiai d'abord que les condylomes forment rarement, et peut-être jamais un symptôme *isolé;* ils ne sont qu'un phénomène appartenant à un certain groupe de symptômes. C'était surtout un état morbide particulier de la surface muqueuse des lèvres, de la langue, des joues, du palais ou des amygdales qui fixa d abor dmon attention comme phénomène concomitant. La surface muqueuse malade étant souvent plus élevée que les parties environnantes, cet état ne mérite pas le nom d'ulcération. Le phénomène caractéristique de cet état est une surface blanchâtre, comme si elle avait été touchée avec le nitrate d'argent, ou teinte avec du lait. Après que je me fus familiarisé avec ce phénomène concomitant des condylomes, j'observai sur la peau des taches d'un brun rouge sans forme circonscrite.

Je commençai bientôt à supposer qu'il y avait peut-être quelque rapport entre ces taches et les condylomes, et depuis lors je n'oubliai dans aucun cas de condylome, d'examiner la peau, et de rechercher cette éruption légère et insensible ; le résultat fut que je trouvai constamment, au moins dans le principe des condylomes, comme phénomène concomitant cette éruption d'un caractère particulier. Je m'assurai de plus en plus que les affections morbides du gosier et de la bouche que j'ai mentionnées, ainsi que les condylomes eux-mêmes, ne sont qu'un genre particulier de syphilide modifié par les tissus qu'ils occupent ; que le même genre d'éruption, lorsqu'il a son siége dans les angles des doigts, aux paupières, à la bouche, au nez, aux joues, et derrière les oreilles, donne lieu à des ulcères linéaires qu'on nomme *rhagades.* Cette même affection produit aux mains et aux plantes des pieds, ou de profondes fissures ou une exfoliation sous forme de taches circulaires, ou ces deux phénomènes à la fois. A la racine ou à la surface d'un angle, l'exfoliation de cette partie en est la conséquence. Les taches de la peau peuvent présenter un grand nombre de modifications : tantôt ce sont des taches légères sans élévation perceptible, tantôt ce sont des plaques rouges-brunes, souvent squameuses, et s'élevant quelquefois en tubercules ; mais jamais elles ne sont de véritables pustules. Les apparences que je viens de noter, peuvent se transformer l'une dans l'autre, de sorte que ce qui était d'abord tache simple, devient une tache squameuse, que celle-ci à son tour devient un tubercule, qui, dans la circonstance la plus défavorable, le transforme en ulcère. Dans d'autres cas on observe l'ordre inverse de ces phénomènes ; voilà ce qui est le résultat ordinaire d'un régime sévère et antiphlogistique et d'un traitement approprié. Résumons maintenant en peu de mots, les caractères principaux de cette forme, que je propose de nommer *groupe exanthématique des syphilides :* taches d'une couleur rouge ou brune, aussi légère qu'elle donne à la peau une apparence de rougeole, ou tache plus tuméfiée, qui peut être squameuse ou vésiculaire, ou ulcéreuse linéaire, ou donner lieu à des excroissances fongueuses ou tubercules. Cette forme est rarement accompagnée d'affections du système osseux, fibreux et synovial, et des maladies des testicules. D'autre part l'iritis et la chute des cheveux sont des complications fréquentes.

Un autre caractère important à noter est que ce groupe de syphilides peut se propager *aussi bien par le simple contact que par le coit.* Cette conclusion, quoique résultant incontestablement des faits que j'ai observés, est en opposition avec l'opinion généralement reçue. Il n'y a pas de doute que les phénomènes en question sont des symptômes de l'affection secondaire ou constitutionnelle.

M. Hunter et ses partisans soutiennent que la matière des affections secondaires n'est pas contagieuse. Moi, au contraire, j'ai vu maintes fois, les symptômes de l'affection condylomateuse, ou ce que j'ai appelé groupe exanthématique syphilide, se propager à tous les membres, jeunes ou âgés, d'une famille nombreuse. J'ai vu ces affections se répandre dans les villages d'une maison à l'autre. Vous mêmes avez pu constater cet hiver, divers cas de ce genre. Vous vous rappelez celui d'une bonne qui contracta cette maladie d'un enfant qu'elle soignait. Une femme présentant des condylomes et des taches squameuses, je visitai l'enfant et la mère, et je trouvai chez tous les deux la même affection. Vous vous rappelez d'une femme qui venait avec une petite fille pour nous consulter, elle offrait aux lèvres de la vulve des condylomes et à la peau une éruption rubéoloïde. La membrane muqueuse de la surface in-

terne des lèvres de la femme, présentait en même temps cette apparence morbide que j'ai décrite plus haut ; ces individus ne pouvaient pas indiquer les causes de leur maladie. Le mari de la femme qui les accompagnait présentait à l'angle de la bouche, cette même affection morbide, c'était un fumeur ; et lorsque je m'informai de l'origine de cet ulcère, il dit s'être servi de la pipe d'un voisin affecté d'un pareil ulcère. En prenant des renseignemens ultérieurs j'appris que ce voisin et sa femme souffraient déjà depuis plusieurs mois de cette affection, sans qu'ils sussent d'où elle provenait. Je pourrais citer encore un grand nombre de faits du même genre ; ceux que je viens de mentionner suffisent pour prouver incontestablement que le groupe exanthématique de syphilide, quoiqu'appartenant à la classe des affections secondaires, est contagieux.

Un autre fait important que j'ai constaté relativement à ce groupe de symptômes, est qu'on peut les propager à volonté à l'aide de l'inoculation artificielle de la matière sécrétée par les condylomes ou par les surfaces ulcérées de l'éruption syphiloïde, et que cette inoculation ne produit jamais d'autre affection syphilitique que celle dont la matière a pris naissance. Je pratiquai l'inoculation ou au moyen d'une piqûre de lancette, à laquelle j'appliquai la matière, ou en enlevant l'épiderme au moyen de l'onguent de cantharides, et en appliquant à la surface dénudée de la charpie imbibée de matière.

Quel que fut le mode d'inoculation que je choisis, les résultats furent toujours les mêmes. La plaie d'inoculation guérit d'abord, et pendant quelque temps cette partie ne présenta aucune apparence morbide. Deux ou trois semaines plus tard l'endroit où l'inoculation avait été pratiquée, se tuméfia, devint rouge et douloureux. Il s'y forma ensuite des squames avec augmentation de la tuméfaction. Les squames se transformèrent en croûtes et peu à peu la place affectée s'éleva en un fongus, dont la surface était quelquefois partiellement ulcérée. Presque toutes les fois que l'inoculation réussit, il se joignit à cette affection locale des symptômes secondaires, mais toujours du genre déjà indiqué. Les systèmes osseux, fibreux et synovial s'affectèrent peu ; la peau, au contraire, présenta une éruption rubéoloïde, squameuse ou tuberculeuse et la bouche des ulcères superficiels de l'espèce décrite.

En résumant les faits ci-dessus énoncés, nous concluons : 1° qu'il existe un groupe de symptômes vénériens constitutionnels ou secondaires, parmi lesquels les plus remarquables sont : condylomes, rhagades, onyx, chute des cheveux, un état morbide particulier de la membrane muqueuse de la bouche, etc. ; 2° que ces symptômes peuvent aussi bien se transmettre par le simple contact que par le coït ; 3° qu'on peut les propager à volonté par l'inoculation artificielle des matières sécrétées ; 4° que, quel que soit le mode de propagation, il en résulte toujours la même maladie.

Ces faits ne sembleraient-ils pas venir prouver l'existence d'un virus spécifique ? J'avoue avoir été partisan de la doctrine de la pluralité des virus syphilitiques aussi longtemps que je n'eus connaissance que de cette période de la maladie, et j'attribuai à l'un de ces virus la production de cet ordre des symptômes, dont nous nous sommes occupés dans cette leçon. Des recherches ultérieures sur ce sujet m'ont pourtant fait arriver à d'autres conclusions, dont je veux vous parler dans une prochaine séance.

(*The Lancet*, 23 avril 1836.)

Irritabilité du moignon des membres amputés. Extrait d'une leçon de M. Liston, à l'hôpital du Nord à Londres.

Il est important de connaître les changemens que subissent après l'amputation les tégumens, les os, les muscles, les vaisseaux et les nerfs du moignon, pour bien apprécier l'état douloureux consécutif de cette partie, état qui fréquemment donne lieu à des souffrances presque aussi graves que celles pour lesquelles le malade s'est soumis à l'ablation du membre, et pour y trouver remède. Voici la description que M. Liston en a donnée dans sa leçon du 8 avril 1836.

Bientôt après que les parties ont été divisées, il s'épanche une quantité considérable de lymphe, qui colle les parties. Lorsque la réunion s'opère rapidement, la lymphe ne tarde pas à être résorbée en grande partie et le tissu cellulaire, dans lequel elle était exsudée, récupère son ancien état de relâchement et de mobilité. Les vaisseaux grands et petits se contractent sur eux-mêmes. La lymphe, qui se dépose dans leurs extrémités, oblitère leur cavité dans une étendue considérable, et vient même obstruer leurs ramifications déliées ; sur le cadavre, l'injection ne passe qu'avec difficulté dans ces vaisseaux du moignon, et il est faux que quelques anatomistes aient prétendu, qu'on y trouve un réseau délié de branches artérielles. Il est de ces moignons mal faits et irritables, qui sont livides et froids par l'effet de l'imperfection avec laquelle le sang y circule. Les muscles coupés subissent aussi un changement remarquable ; loin de rester aussi bulbeux et arrondis qu'ils paraissent l'être immédiatement après l'opération, ils se rétractent, se rapétissent et contractent des adhérences tant avec les tégumens qu'avec l'extrémité de l'os. Le volume de ce dernier augmente d'abord considérablement, et quelquefois on voit se former à son extrémité un gros nœud arrondi. Au bout de quelque temps l'extrémité de l'os devient lisse, perd ses angles et diminue en volume. Lorsque l'amputation a été faite dans la continuité de la jambe ou de l'avant-bras, les deux os se réunissent quelquefois à leurs extrémités par le moyen d'une bride osseuse. Lorsque la partie osseuse du moignon est exposée à la pression ou qu'elle dépasse les parties molles, la nature tend parfois à corriger les fautes de l'opération, en recouvrant l'extrémité de l'os coupé d'une sorte de poche synoviale. C'est sur les extrémités des nerfs que nous rencontrons les changemens les plus remarquables. Au lieu de diminuer de volume, celles ci grossissent, au

contraire, uniformément. On a regardé cette augmentation de volume des extrémités nerveuses comme un état morbide, et il n'est pas de doute que le grossissement et l'irritabilité de ces parties peut tenir beaucoup à ce que, adhérentes à l'os même, elles se trouvent trop exposées et ne sont pas assez protégées et cachées par les parties molles. Je crois cependant que les nerfs grossissent toujours, lorsqu'ils sont divisés et lorsque leurs extrémités ne sont pas dans une situation à pouvoir se réunir. Ce gonflement a lieu peu de temps après l'opération et résulte d'une exsudation de matière grisâtre dans le tissu cellulaire qui réunit les filamens nerveux.

L'usage des remèdes narcotiques tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, dans le cas où le moignon douloureux (irritable) n'est que d'une utilité palliative. La veratrine et l'aconitine sont, parmi les narcotiques, ceux qui méritent d'être essayés. Mais tant que les extrémités nerveuses se trouvent exposées et maintenues dans un état d'irritation continuelle, ne vous attendez jamais à une amélioration constante. Extirper les extrémités des nerfs est souvent chose presque impossible. Vous auriez enlevé tout un paquet de ces tubercules nerveux et il peut en rester l'un ou l'autre, échappé à votre scalpel, qui entretient la même irritation. Notez bien que le grossissement ne se limite pas seulement aux grandes branches des nerfs, mais qu'il intéresse en même temps les ramifications nerveuses les plus déliées. Or, tant que les parties se trouvent tendues et tiraillées par l'effet de leur adhérence aux os, la douleur et l'irritation du moignon resteront au même point. Il n'y a ici d'autre remède, pour obtenir une amélioration durable que de raccourcir l'os amputé et les nerfs, tout en laissant à la peau et aux chairs du moignon leur longueur antérieure.

(*The Lancet*, 23 avril 1836.)

Atrophie des valvules du cœur.

Nous donnons ci-après l'extrait d'un mémoire, lu à la Société médico-chirurgicale de Londres, le 23 février et le 8 mars, et ayant pour titre : *Remarques sur deux formes d'atrophie des valvules du cœur, et l'influence de cette affection sur les fonctions de ces parties.*

Ces remarques, fondées sur des observations, ont pour auteur M. P. N. Kingston, médecin de deux dispensaires.

La première de ces lésions, entièrement négligée jusqu'à ce jour par les pathologistes, a été observée par M. Kingston dans un grand nombre de cas ; dans huit de ces cas, elle avait déjà fait des progrès très-remarquables. D'après la définition de l'auteur, c'est un simple raccourcissement des valvules mitrales ou tricuspides du cœur, sans diminution aucune de leur épaisseur, flexibilité et transparence naturelles ; et l'orifice, dont elles font partie, ayant au moins son diamètre (caliber) ordinaire.

La seconde de ces lésions (à laquelle les valvules aortiques et pulmonaires sont aussi bien sujettes que les valvules auriculo-ventriculaires) se rapproche de la précédente, quant à sa nature et ses effets : « La continuité des valvules, altérées de cette sorte, se trouve interrompue par des ouvertures, tantôt larges, tantôt tellement nombreuses que la valvule affectée ne représente plus qu'un tissu réticulaire ; le reste de la valvule se trouve dans un état d'amincissement qui est souvent fort considérable surtout vers les bords des susdites ouvertures. » Dans cinq cas, mentionnés par M. Kingston, une portion considérable de la valvule avait été affectée de cette sorte. Laënnec est le seul auteur qui ait vaguement noté cette apparence morbide des valvules. Quoique ces lésions ne soient pas fort rares, elles passent facilement inaperçues, aussi longtemps qu'on ne les cherche pas avec une attention particulière.

Une valvule raccourcie ou criblée ne suffisant naturellement pas pour fermer complétement l'orifice dont elle fait partie, favorise la régurgitation du sang qu'elle était destinée à empêcher. Une pareille altération des valvules peut donner lieu à la dilatation ou à l'hypertrophie des parties du cœur qui se trouvent derrière la valvule affectée, elle peut donner lieu à des palpitations, à des congestions veineuses, à l'anasarque, à des épanchemens dans les cavités des membranes séreuses ; lorsque c'est une des valvules mitrales, qui est défectueuse, il peut en résulter de la toux, de la dyspnée, une congestion et l'inflammation pulmonaire et d'autres symptômes dus à l'afflux irrégulier du sang artériel à la tête et aux parties éloignées du cœur. On distinguera, dans quelques cas du moins, à l'aide du stéthoscope, un bruit morbide. Est-ce une des valvules tricuspidales, qui est affectée, il y aura distension et parfois pulsation des veines jugulaires externes. Lorsqu'au contraire, une des valvules mitrales est le siége de l'altération, le pouls sera petit et faible, si on le compare à l'impulsion du cœur ; il pourra même devenir irrégulier et inégal.

Les données fournies par ces symptômes comparées avec les circonstances qui ont donné origine à l'affection, suffisent en général pour nous faire connaître avec quelque certitude, si les valvules sont dans un état morbide ou non. Nos connaissances sont cependant encore trop incomplètes, dit l'auteur, pour pouvoir se prononcer définitivement sur les signes qui distinguent l'altération des valvules en question d'avec d'autres maladies des mêmes parties.

Ce vice des valvules peut être quelquefois congénital ; mais dans tous les cas observés par M. Kingston, son origine datait évidemment d'une période postérieure à la naissance et l'altération était le résultat de ces espèces d'absorption qui ne sont pas accompagnées de suppuration. L'auteur croit pouvoir inférer tant de l'historique de ses observations que d'une foule d'analogies, que les causes les plus fréquentes de cette altération sont : 1° ou un défaut dans les forces nutritives des valvules, se compliquant avec une impulsion extraordinaire du sang (par suite de l'hypertrophie du ventricule, d'efforts, etc.) ; 2° ou un degré tel de faiblesse locale de la valvule (souvent par suite d'affection goutteuse

ou rhumatismale), que la pression, à laquelle elle est naturellement soumise, suffit pour en opérer l'absorption.

L'auteur conclut en signalant les erreurs qui peuvent avoir été commises de ce qu'on n'a pas fait attention à ces lésions dans les examens cadavériques; il fait ensuite ressortir l'utilité pratique qu'il y a de reconnaître pendant la vie qu'un vice quelconque des valvules est cause de la gêne de la circulation; utilité qui serait encore plus grande, si nous connaissions les moyens propres à diminuer le nombre et l'étendue de ce genre de lésions, et les circonstances, dans lesquelles nous pouvons espérer que l'appareil valvulaire recouvre ses dimensions normales ou que l'orifice et les cavités correspondantes du cœur changent de diamètre de manière à s'adapter au volume altéré des valvules.

(*The Lancet*, 12 mars 1836.)

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Observations sur la cachexie africaine, appelée Dirt-Eating; par F. W. Cragin.

Cette affection, connue aussi sous le nom de *mal d'estomac*, est répandue dans les îles des Indes occidentales et dans la partie de l'Amérique méridionale qu'on appelle Guiane. Dans la colonie de Surinam elle enlève des masses de personnes avec la même certitude que la phthisie pulmonaire dans les Etats-Unis, et il n'y a guère un seul cas de guérison bien constatée. Aussi est-il impossible que, par le mode de traitement adopté dans ce pays, on parvienne jamais à des résultats plus consolans. Aucun âge, depuis les enfans de trois à quatre ans jusqu'aux vieillards, n'échappe aux ravages de cette affection.

Les premiers symptômes par lesquels elle se manifeste, sont ordinairement une fièvre, revenant à des intervalles irréguliers, suivie d'inertie dans les mouvemens et d'insensibilité, symptômes qui deviennent plus marqués à mesure que la maladie fait des progrès. Toute la surface externe du corps, surtout la face et les extrémités, présente un aspect luisant et devient œdémateuse.

La conjonctive est pâle; on n'y distingue pas un seul vaisseau rouge. L'œil participe de cette espèce de plénitude générale, devient saillant et prend ainsi une expression caractéristique. L'appauvrissement du sang se manifeste par la pâleur des lèvres, de la paume des mains et de la plante des pieds. Cette pâleur des lèvres et de la surface muqueuse de la bouche, ensemble avec l'immobilité de la langue, ces symptômes, dis-je, suffisent à eux seuls pour établir le diagnostic de cette affection. Les malades souffrent constamment du froid; même dans les plus grandes chaleurs ils cherchent des endroits exposés aux rayons du soleil. Le cœur et les artères temporales travaillent et palpitent, tandis que le pouls radial est petit et fréquent; il ne s'accélère qu'après les repas ou à l'approche du soir. Toutes les sécrétions sont diminuées; la peau est sèche, les malades urinent peu et la sécrétion de la bile semble être entièrement suspendue. Constipation au début de la maladie; plus tard quatre à dix garde-robes dans les vingt-quatre heures; évacuations liquides et dépourvues de bile.

La digestion est très-imparfaite, les alimens se trouvent peu d'heures après leur ingestion dans les excrémens, sans avoir subi une assimilation complète. Lorsque la maladie s'approche de sa fin, les selles deviennent plus liquides, noires et fétides.

Le sang, tiré des veines, est tenu, séreux et d'une couleur livide et pourpre. Ce n'est ni le rouge vif du sang artériel, ni le rouge foncé du sang veineux; il est trouble comme on le voit ordinairement toutes les fois que les forces vitales s'éteignent par degrés.

Le foie et la rate sont ordinairement augmentés de volume; quelquefois l'altération s'étend à l'une et à l'autre de ces glandes à la fois. Les glandes lymphatiques sont engorgées; et souvent on en trouve un paquet formant une assez grande tumeur dans l'aîne.

Un des symptômes les plus caractéristiques de cette affection, c'est la dépravation de l'appétit des malades, leur acharnement à manger les ordures. Inventer et exécuter des projets tendant à se procurer ce singulier genre de friandise, ce sont là les seuls actes intellectuels dont ces malades font preuve pendant le cours de cette maladie. Du charbon, de la chaux, du mortier desséché, de la boue, de l'argile, du sable, des pélures, des morceaux de bois, de linge ou de papier, des cheveux ou d'autres substances bizarres, voilà ce qu'ils convoitent. Ils vont même jusqu'à manger leurs propres vêtemens ou à ronger leurs cheveux. Il est des exemples de nègres, atteints de ce mal, qui ont avalé des souris et des rats, sans même se donner la peine de les mâcher.

Chez les enfans au-dessous de l'âge de dix ou douze ans et à une époque avancée de la maladie, il se forme des ulcères qui se bornent le plus souvent aux extrémités inférieures. Ce sont d'abord des petites taches blanchâtres et presque rondes, semblables aux taches lépreuses dont elles diffèrent, en ce que ces dernières sont plus vives et d'une couleur cuivrée, tandis que dans l'affection dont nous parlons elles sont pâles et cendrées. Ces taches deviennent de jour en jour plus apparentes et finissent par se transformer en ulcères. Il s'en développe d'autres, qui s'ulcèrent à leur tour. Le nombre d'ulcères est tantôt très-considérable, tantôt on n'en compte que trois ou quatre.

Peu à peu ces ulcères gagnent en étendue et en profondeur; leurs contours se confondent, et souvent les pieds, les jambes, les cuisses et les fesses ne présentent qu'une seule surface large, couverte d'ulcères plus ou moins grands.

En même temps que ce travail d'ulcération s'établit à la surface de la peau, il arrive fréquemment que les matières fécales se trouvent mêlées d'une petite quantité de sang. Dans un cas, où il y avait chute du rectum, je trouvai cet intestin couvert de petits ulcères semblables à ceux qu'on remarquait à l'extérieur.

Ces ulcères sont d'une nature indolente; leurs bords ne sont pas élevés, ils sécrètent peu et ne sont humectés que d'un fluide incolore. On n'y découvre pas de granulations. L'anasarque s'étend davantage et quelques distingués que soient les traits de l'individu, ils s'effacent bientôt dans la tuméfaction générale.

Rien de plus facile que le diagnostic de cette affection. Cependant comme la bizarrerie de manger les ordures est plus souvent considérée comme une mauvaise habitude que comme l'effet d'une penchant morbide irrésistible, il est naturel que les malades cherchent à se justifier de cette inculpation et ce n'est quelquefois que par stratagèmes et en les attrapant sur le fait même qu'on leur ôte les moyens de prévariquer. On n'a qu'à laver les excrémens, pour découvrir ce qu'ils contiennent de substances indigestes. C'est ainsi qu'à Surinam on trouve souvent dans les matières fécales de ces malades une grande quantité de fragmens d'écailles.

Ni les promesses, ni les menaces, qu'elles soient réalisées ou non, ni même l'enchaînement des pieds et des mains n'ont de l'influence sur ces malades : leur utilité n'est que temporaire ; telle est la dépravation de cet appétit morbide ; telle est la force irrésistible, avec laquelle il entraîne ces malheureux à le satisfaire. Nul remède certain pour les empêcher de dévorer les ordures, lorsqu'ils sont laissés seuls, sinon un masque métallique ou une serrure. Encore ces moyens mécaniques n'opèrent-ils pas la cure, ne sauvent-ils pas la vie du malade !

Dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, article *mal d'estomac*, on cite plusieurs cas remarquables d'appétit morbide. Mais notons bien que dans ces cas ce phénomène a toujours été si intimement lié avec la chlorose, qu'on peut les considérer comme identiques, tandis qu'il ne semble pas qu'on ait connu jusqu'ici un état où la dépravation de l'appétit se soit manifestée sous forme d'une maladie tout à fait isolée.

M. J. Mason Good cite comme cause des appétits dépravés, la grossesse, la chlorose et certaines aberrations mentales, et suppose que ces phénomènes ne peuvent exister comme affections primitives que dans le cas où des personnes se sont habituées à faire usage d'un remède empirique dans la vue d'embellir leurs traits ou leur teint.

Dans un ouvrage, publié en 1811, à Londres, sous le titre : *Règles pratiques sur le traitement des nègres dans les colonies de sucre, par un planteur de profession,* l'auteur dit, en parlant du *mal d'estomac* ou *Dirt-eating :* « Cette affection est l'effet du relâchement des solides et d'un appauvrissement du sang ; un régime peu nourrissant et tout ce qui affaiblit, peut lui donner origine. Rien de mieux connu, continue cet auteur, que l'influence des passions tristes comme cause de cette affection. Ne voyons-nous pas souvent des nègres, qui sont en proie à une dépression morale et maltraités par leurs maîtres, se condamner de leur propre gré à cette habitude de dévorer les ordures. »

Jusqu'ici, il me semble, nous sommes loin d'avoir des notions justes tant sous le rapport des causes que sous celui du traitement de cette affection. Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, l'ont souvent fait sans s'être éclairés par l'expérience ; et d'autres, qui ont eu occasion d'observer eux-mêmes ou de recueillir les faits, ne sont pas allés au-delà d'une observation superficielle et de leurs idées préconçues.

Considérant que le *Dirt-eating* est une maladie, commune à tous les âges et aux deux sexes, il est évident que c'est une affection indépendante de la chlorose et de la grossesse. Il y a des raisons de croire qu'une espèce d'acidité des sécrétions de l'estomac est cause de ce penchant de dévorer la chaux, l'argile, la craie et d'autres absorbans, acidité que nous savons être fréquente dans l'état de grossesse et de chlorose. Si l'on a pensé qu'une mauvaise habitude ou la démoralisation pouvait expliquer la fréquence de cette affection, même dans un âge fort tendre, on a encore pris l'effet pour la cause. Ce qui en est la preuve, c'est que souvent il est de ces nègres, vivant dans la même plantation, où ils sont nés et élevés, entourés de leurs amis, dont les maîtres, pleins d'indulgence, sont plutôt eux-mêmes les esclaves, pourvus de nourriture en abondance, de bons vêtemens et même de soins médicaux, lorsqu'ils en ont besoin, qui, nonobstant toutes ces conditions favorables, gagnent cette maladie. C'est surtout cette inertie de la vie intellectuelle, cette torpeur des facultés mentales, où ces êtres malades se trouvent plongés, qui en a imposé à des observateurs superficiels n'ayant eu en vue que les nègres qui viennent d'être arrachés à leur sol natal pour porter le joug de l'esclavage. Mais n'oublions pas que cette torpeur physique et morale est un phénomène caractéristique de la maladie, phénomène commun à tous ces malades, qu'ils soient libres ou esclaves, enfans ou adultes, étrangers ou créoles, mulâtres ou nègres.

Les taches noires comme de l'encre, qu'on trouve quelquefois sur la langue, ne peuvent pas servir d'indices ni dans cette maladie, ni dans toute autre. Cette coloration partielle de la langue est parfaitement compatible avec la santé et est probablement l'effet du dépôt d'un peu de pigment noir dans le tissu de cet organe chez les nègres.

La prédisposition constitutionnelle peut exercer de l'influence sur cette maladie comme sur d'autres, sans qu'on puisse pour cela la regarder comme cause principale. En effet, quelles sont les maladies qui n'éprouvent pas de modifications par les différentes conditions tant internes qu'externes, dans lesquelles l'individu malade se trouve ? C'est ainsi qu'un mauvais régime, l'habitation humide, le défaut de vêtemens, et le froid peuvent concourir au développement de cette affection, mais tout en n'en étant que les causes accidentelles. Je ne connais pas d'exemple où il soit prouvé que cette maladie ait été héréditaire.

La marche insidieuse de cette maladie et le préjugé qu'elle est incurable, sont causes que pendant une pratique de cinq années à Paramaribo je n'ai jamais été appelé à donner mes soins que lorsque la maladie était déjà arrivée à la période de l'ulcération. Je ne doute cependant pas qu'il sera possible de trouver une meilleure méthode de traitement que celles aujourd'hui en usage et dont les effets sont si déplorables ; et certes, je ne négligerai aucune occasion pour continuer mes recherches à cet égard.

Sur le coup de soleil ; par J. J. Russell.

Ce qu'on appelle vulgairement coup de soleil, passe pour être une espèce d'apoplexie, produite par l'insolation et est traitée comme telle. Dans une dernière séance du *College of Physicians*, M. Russell a donné lecture de plusieurs observations qui semblent devoir ébranler l'opinion entretenue jusqu'à ce jour à ce sujet. A l'occasion des funérailles d'un officier supérieur, plusieurs soldats, obligés de marcher deux à trois milles anglaises pendant une chaleur étouffante et exposés à toute la force des rayons du soleil, tombèrent sans connaissance chemin faisant. Il y en eût huit ou neuf transportés à l'hôpital, et il en mourut trois. Les symptômes généralement observés étaient : soif excessive, sensation de défaillance ; ensuite difficulté de respirer, respiration stertoreuse, coma, lividité de la face. Chez les trois individus morts, on trouva le *cerveau sain*, sans trace de congestion ou d'épanchement de sérosité. Mais, chose remarquable, chez tous les trois l'engorgement des poumons était tel qu'ils étaient *noirs* et presque complétement obstrués de sang. Une semblable accumulation de sang occupait le côté droit du cœur et les gros vaisseaux voisins de cet organe.

Il semble résulter de l'ensemble des symptômes morbides et des altérations cadavériques, que la mort produite par le coup de soleil est une mort de *suffocation*. La colonne sanguine étant poussée avec une certaine force entre les organes de la poitrine, les surprend pour ainsi dire; et bien loin qu'il y ait réplétion et extravasation sanguine dans le cerveau, comme on l'a supposé généralement, celui-ci semble plutôt être exsangue par l'effet de la pression qui agit directement sur lui. Si ces principes sont vrais, le traitement doit être dirigé de manière à ce qu'il tende à débarrasser par tous les moyens possibles les organes de la cavité thoracique, tandis qu'il faut songer en même temps à préserver le cerveau d'une trop violente réaction, lorsque celle-ci commence à s'établir.

Observations sur la maladie des reins, caractérisée par la sécrétion d'urines albumineuses; par le docteur Bright.

J'apprends à connaître chaque jour de nouveaux faits qui me font sentir l'importance qu'il y a d'étudier cette affection, assez connue maintenant sous le nom de *dégénérescence blanche*, de *contraction* ou de *granulation* des reins ; partout, soit dans l'hôpital, soit dans la pratique particulière, je rencontre des exemples qui prouvent qu'elle étend ses ravages et je ne crois nullement enfreindre la vérité en émettant l'assertion qu'il succombe annuellement à Londres seul, près de cinq cents victimes de cette affection. Réflexion d'autant plus humiliante pour nous que malgré l'attention avec laquelle on a poursuivi dans les derniers temps les recherches relatives à ce mal, on n'ait encore rien fait pour établir des règles fixes pour le traitement à adopter, une fois que la maladie s'est pleinement développée, ou lorsqu'elle est encore à sa période de début. Je crois trouver la raison de nos échecs en ce que généralement on se méprend sur la gravité du mal et qu'on le croit beaucoup moins avancé qu'il ne l'est réellement. Aussi le but que j'ai en vue, en écrivant cet article, est-il de montrer la marche insidieuse de cette maladie et d'exhorter les praticiens à chercher de saisir ses premiers symptômes suspects avec la même sollicitude qu'ils mettent à découvrir l'approche de la phthisie pulmonaire ou de l'épilepsie. Il est à supposer que souvent le germe de la maladie a existé depuis longtemps chez un individu, et que de longs intervalles d'une santé apparente lui ont donné, à lui et à ses médecins, une fausse sécurité, même lorsque dès le commencement on avait conçu une juste appréhension de son existence.

Cette maladie s'annonce quelquefois par une hématurie plus ou moins prononcée. Diverses causes peuvent y donner lieu : tantôt c'est la scarlatine qui en est la cause primitive ; tantôt elle est la suite de quelque effort fait par les enfans occupés à joner ; quelquefois on a vu survenir cette maladie après la suppression des menstrues. Mais l'intempérance semble en être la source la plus fréquente, et le froid est la cause la plus propre à favoriser son développement et à l'aggraver. Il est presque impossible de déraciner le mal lorsqu'il est le résultat de l'intempérance, et il n'est peut-être pas d'affection, consécutive à l'abus des boissons spiritueuses, qui compte plus de victimes que celle dont nous parlons. Mais ici je veux surtout appeler l'attention sur les causes qui donnent naissance à cette altération chez les personnes très-jeunes, et sur celles qui opèrent d'une manière si insidieuse que les médecins et les malades se croient en sécurité après que les symptômes les plus manifestes ont disparu.

Supposons qu'un enfant ou un homme adulte affecté de scarlatine ou de quelque autre maladie aiguë, ou adonné depuis des mois ou des années à l'abus des boissons spiritueuses, s'expose par hasard à des causes propres à arrêter la transpiration; il arrivera que la sécrétion de l'urine s'augmentera considérablement et que ce fluide offrira une teinte sanguinolente; ou le malade en s'éveillant le matin aura la face, les pieds et les mains œdomateux. Si, dans ces circonstances, le médecin qui soigne le malade soupçonne la véritable nature du mal, il trouvera alors déjà que les urines contiennent une quantité considérable d'albumine ; le pouls est plein et dur, la peau sèche, le malade a souvent des maux de tête et éprouve quelquefois la sensation d'un poids incommode dans les reins. Il se peut que la plupart de ces symptômes disparaissent à l'aide d'un traitement plus ou moins actif ou même en abandonnant la maladie à elle-même; il arrive cependant que la face s'enfle de nouveau, que la peau redevient sèche, que les maux de tête se renouvellent fréquemment, et que le besoin d'uriner trouble le repos de la nuit. Tous ces maux s'aggravent par une sensation de lassitude et de dé-

pression qui obsèdent le physique et le moral du malade. L'urine continue à être chargée d'albumine, tandis que l'urée diminue dans la même proportion. Si, dans le but de soulager le malade, on opère une déplétion sanguine, on trouve souvent le sang couenneux, ou la sérosité laiteuse et opaque ; en soumettant le sang à une analyse exacte, on y découvre un défaut considérable d'albumine et parfois des indices manifestes d'urée. Souvent le médecin méconnaît la nature du cas et croit avoir affaire à une maladie du foie, de l'estomac ou du cerveau. L'état morbide peut de cette manière alterner avec une santé apparente, jusqu'à ce que les forces vitales finissent par s'éteindre ; alors les poumons s'œdématient et le malade succombe dans un état d'asphyxie ou de coma ; ou une mort subite a lieu par suite d'un épanchement de sérosité dans la glotte. D'autres malades de ce genre, après avoir été exempts de souffrances pendant un certain temps, se trouvent tout à coup attaqués de péricardite ou de péritonite, qui, en 48 heures, peuvent se terminer par la mort. Lors même que ce danger passe, il y en a un autre, qui attend ces malades ; les douleurs de tête deviennent plus fréquentes, la digestion de plus en plus difficile, les sens de la vision et de l'ouïe diminuent ; des convulsions s'y joignent et les malades deviennent aveugles. Les convulsions se renouvellent et les font succomber au bout d'un jour ou d'une semaine.

Il se présente ici la question de savoir si dans tous les cas où les urines sont chargées d'albumine, il existe cette altération des reins dont nous parlons. Après dix années d'observation, je suis enclin de répondre par l'affirmative, quoique je ne puisse nier d'avoir été témoin de quelques anomalies qu'il m'est difficile d'expliquer.

Il est vrai que dans plusieurs cas, tant de ma propre observation que de celle d'autres médecins, on n'avait pas trouvé d'albumine dans les urines là où l'état des reins semblait en indiquer l'existence. Mais notez aussi que dans tous l'examen des urines n'a eu lieu que quelques jours ou quelques semaines avant la mort, à la fin d'une longue maladie, ou lorsque la maladie du rein avait été compliquée d'une autre affection grave. C'est ainsi que cet hiver il mourut dans la salle de clinique un homme affecté d'ascite et d'une altération étendue du foie et du péritoine, compliquée de granulation peu avancée du rein ; il fallut l'examen le plus scrupuleux pour découvrir dans les urines de ce malade quelques traces d'albumine. Or, il semble que la sécrétion urinaire est apte à subir des modifications, lors même que l'altération de la texture des reins existe ; et de là la règle de ne pas se contenter d'examiner seulement une ou deux fois les urines lorsqu'on soupçonne l'existence de cette affection. Il est certain d'abord que, lorsque l'urine par une cause quelconque devient alcaline, la chaleur ne sera jamais le moyen propre pour produire la coagulation de l'albumine. Il se peut encore que l'urine étant surchargée pendant un certain temps de *lithates*, ne laisse pas reconnaître une trace d'albumine. Ces cas sont cependant fort rares et ne peuvent pas former la règle. Dans l'état actuel de la science, y a-t-il en effet un seul signe diagnostique infaillible dans tous les cas et qui n'offre jamais d'exceptions, surtout alors que les maladies se compliquent ? L'altération même de la substance rénale présente des variations qui doivent peut-être leur origine à diverses modifications des circonstances, à la diversité des constitutions, etc. C'est ainsi que nous trouvons quelquefois le rein à l'état de contraction et d'induration, d'autres fois, rempli de concrétions calcaires. Encore peut-il présenter une dégénérescence qui intéresse la totalité de sa structure : quelquefois nous y trouvons trois altérations réunies, et toutes ces altérations, je crois les devoir attribuer à une sur-activité chronique de cet organe. Il y a lieu de supposer que de telles modifications de structure ne peuvent exister sans changement correspondant dans la sécrétion morbide. Rien de satisfaisant n'est cependant connu à cet égard ; et j'avoue n'avoir pas toujours trouvé la quantité d'albumine en raison des progrès de l'altération organique.

Nous ne savons rien non plus par rapport à la durée de cette maladie, avant qu'elle n'arrive à sa fin fatale ; il paraît cependant que des soins minutieux parviennent à prolonger de bien des années la vie de ces malades.

(*Guy's hospital reports*, n° 2.)

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW,

BY J. JOHNSON AND H. J. JOHNSON.

Sur les maladies de la rate; par Twining.

Les affections de cet organe sont très-fréquentes au Bengale. L'engorgement vasculaire précède ordinairement l'induration de la rate, et l'un et l'autre de ces deux états est accompagné de symptômes d'un caractère inflammatoire. M. Twining n'a jamais vu la suppuration s'établir dans cet organe. L'inflammation aiguë de l'enveloppe péritonéale de la rate est une affection rare dans tous les pays. M. Twining semble considérer la maladie de la rate moins comme une affection idiopathique « que comme un des phénomènes qui accompagnent un désordre particulier de toute la constitution. » Les symptômes caractéristiques de cet état morbide de la constitution sont : faiblesse générale, pâleur, défaut de sang rouge dans les vaisseaux capillaires, couleur bleuâtre ou perlée de la sclérotique telle qu'on l'observe chez des malades atteints de consomption, teint chlorotique de la figure, de la langue et des gencives. A une période plus avancée la circulation se ralentit, les extrémités se refroidissent, la peau devient pâle, ridée et aride ou écailleuse.

Les phénomènes morbides, produits par la tuméfaction de la rate, sont souvent peu graves en apparence. Les malades se promènent et mangent comme d'autres personnes. Les enfans en sont le plus gravement affectés ; chez eux l'affection se termine par un dépérissement général et le marasme. Leur haleine a une odeur fort désagréable. Cette affection n'attaque pas seulement les indigènes, mais aussi fréquemment les Européens, surtout à la suite de fièvres. Les malades sont très-sujets à contracter des ulcères gangréneux par suite de légères contusions et plaies. Le sang de ces malades se coagule quelquefois d'une manière imparfaite et ne présente pas de sérosité ; le cruor est parfois noir et mou ; rarement il est couenneux, excepté lorsqu'il y a fièvre. On observe un grand nombre de symptômes scorbutiques dans les cas d'engorgement vasculaire de la rate : tendance à l'hémorrhagie de différentes parties externes et internes ; gêne de la respiration ; défaut d'appétit ; mauvaise digestion ; assimilation imparfaite ; sentiment de désespoir ; paresse, etc. Lorsqu'il n'y a pas de fièvre, l'urine est pâle et souvent copieuse. Dans les dernières périodes du mal, il s'y joint l'œdème des pieds et parfois de la face.

Au Bengale et en d'autres contrées peu élevées et marécageuses, la tuméfaction de la rate se forme quelquefois subitement pendant le cours d'une fièvre remittente ou intermittente.

L'auteur range les altérations cadavériques dans l'ordre suivant :

Hypertrophie *sphérique* ou *oblongue* de la rate avec ramollissement de cet organe ; taches opaques et albumineuses de différente grandeur ; adhérences de l'enveloppe péritonéale de la rate avec les viscères contigus : induration et friabilité de l'organe ; induration squirrheuse ; tubercules de la rate ; dépôt d'un caillot organisé dans la veine splénique et tumeurs enkystées.

M. Twining dit avoir obtenu les meilleurs effets d'une combinaison des purgatifs avec les amers et les ferrugineux dans l'engorgement vasculaire de la rate. Voici la formule, dont il se sert habituellement :

℞. Pulv. jalapæ.
— rhei,
— columbæ,
— zingib.
Potassæ supertart. aa ʒ j
Ferri sulph. ℈ s.
Aquæ menth. ℥ x.
Misè.

On en donne à une personne adulte une once et demie, deux fois par jour : à six et à onze heures du matin ; l'auteur prétend que cette composition opère à la fois comme purgatif, tonique et diurétique.

Les indigènes sont convaincus de l'utilité des toniques dans l'hypertrophie de la rate ; ils supposent que les ferrugineux exercent leur action astringente sur les vaisseaux spléniques par une sorte d'imbibition qui se fait à travers les tuniques de l'estomac. Le gonflement de la rate avec forme *oblongue* serait, d'après l'auteur, plus difficile à guérir que l'hypertrophie *sphérique* (globular) ; le traitement de la première variété exige beaucoup de patience et souvent le concours des remèdes sus-indiqués et d'un voyage en mer. Dans le début de la maladie, l'application journalière de quelques sangsues et plus tard les vésicatoires ou les cautères contribuent beaucoup à la guérison.

Chose remarquable, l'hépatite est très-rare parmi les indigènes et très-commune parmi les Européens au Bengale ; tandis que l'affection de la rate est très-fréquente parmi les premiers et comparativement rare chez les derniers. Le traitement est le même pour l'une et l'autre. Les indigènes employent l'acupuncture et le cautère actuel. Le mercure paraît agir d'une manière très-nuisible dans les maladies de la rate ; son emploi est suivi d'une débilité extrême, de dépression et d'épuisement, d'une salivation destructive, d'ulcération et de sphacèle des gencives, des lèvres, etc.

Cessation du pouls dans différentes grosses artères des extrémités supérieures et inférieures; par M. Crisp.

Le cas rapporté par l'auteur est celui d'une femme *âgée de* 22 *ans*, et affectée, il y a trois ans, de pneumonie, qui se trouve subitement atteinte de douleurs dans les jambes et dans les bras, accompagnées de fièvre avec symptômes gastriques. Cinq jours plus tard, les mains et les bras sont froids et la malade se plaint de fourmillement dans les doigts. *On ne distingue pas le pouls des artères radiales.* Après treize jours la pulsation disparaît dans les artères dorsales du pied gauche; le pouls n'est pas perceptible dans l'artère poplitée. Bientôt les doigts et la plante du pied gauche commencent à se mortifier. On distingue un bruit de soufflet au-dessus du cœur. Sept mois après la première attaque des douleurs dans les extrémités, l'amputation de la jambe gauche est pratiquée au-dessous du genou; les grosses branches artérielles ne donnent presque pas de sang; il ne s'écoule pas *per saltum.* La malade examinée trois mois après l'opération, présente toujours toutes les extrémités extrêmement froides. De tous les membres, l'artère brachiale du bras gauche seule laisse distinguer une très-faible pulsation; *bruit de soufflet* excessivement fort dans la sous-clavière et l'artère carotide droites; moins dans la sous-clavière gauche; bruits du cœur parfaitement naturels.

L'auteur rapproche de ce fait plusieurs cas connus dans la science, où le pouls a cessé dans l'une ou l'autre artère; dans les uns on n'en découvrit pas la cause; dans les autres ce phénomène dépendait de l'occlusion des gros troncs artériels par des caillots, par l'ossification, par une pression externe, ou d'une maladie du cœur. (Dans le cas du célèbre Hunter ce phénomène était dû à l'ossification des artères coronaires et des valvules mitrales.)

Sur les fonctions de la glande rénale du fœtus; par R. Lee.

Il est des physiologistes qui nient que les reins dans le fœtus sécrètent de l'urine avant la naissance. Un cas observé par M. Lee semble confirmer l'opinion opposée. Dans le cadavre d'un enfant né mort il trouva une accumulation de fluide dans l'intérieur des reins, due à l'occlusion des urétères. Le rein droit, semblable à un kyste mince et rempli d'un fluide aqueux, était même plus volumineux que la tête de l'enfant; le rein gauche avait à peu près la moitié de ce volume. L'analyse chimique de ce fluide, faite par M. W. Prout, a constaté sa nature urinaire.

—

Rapports de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres; par J. F. South. (N° 1. Novembre 1835, p. 118.)

Le Medico-Chirurgical Review rapporte deux observations extraites de ces rapports, dont voici l'analyse.

Hydropisie terminée en diuresis profusa. Sans entrer dans les détails de cette observation, qui d'ailleurs ne présentent rien de bien digne d'être noté, il suffit de dire que les symptômes furent ceux d'une altération organique du foie, compliquée d'ascite et d'anasarque. A la suite de l'usage de la liqueur d'hydriodate de potasse, administrée à l'intérieur (Liq. potass. hydriod. (Lugoli) ʒij; ex. dec. tarax. ℥iv ter die), le malade se trouve subitement atteint de vomissemens et de frissons; les urines coulent en quantité excessive et ont l'apparence de la craie sale mêlée à l'eau. Les évacuations par haut et par bas, ainsi que la sécrétion rénale continuent, et le malade meurt deux jours après la première apparition de ces symptômes. L'autopsie n'est pas faite.

Ces phénomènes étaient-ils l'effet de l'hydriodate de potasse? Quelle était la cause de ce débordement subit par les voies excrétoires? Cette observation vient encore une fois constater les dangers de l'évacuation rapide des fluides accumulés dans une cavité du corps, dangers à craindre surtout lorsque cette évacuation s'opère par les intestins.

Le second cas est celui d'un *Delirium tremens* dont les symptômes n'ont rien offert de particulier, et où le traitement par les évacuations générales et locales (saignée de seize onces, et deux applications de ventouses scarifiées à l'occiput), les lotions froides sur la tête, l'application de la glace et l'usage intérieur du calomel avec le *muriate de morphine* (morph. mur. gr. β; hydr. subm. gr. iij 4 tis. horis), a été couronné d'un plein succès.

Sur la pathologie et le traitement de la phlegmasia dolens; par le prof. Jennings.

La pathologie de cette maladie demande encore beaucoup d'éclaircissement. Les rédacteurs du Medico-Chirurgical Review pensent qu'il est nécessaire de distinguer d'abord les cas de phlegmasia dolens avec terminaison funeste, et qui sont des véritables *phlébites* d'avec d'autres plus fréquens, qui se terminent d'une manière favorable. En effet, la mort est presque toujours le résultat constant des cas où il y a eu véritable phlébite, tandis qu'on ne connaît presque pas d'exemple où la phlegmasia dolens ordinaire s'est terminée d'une manière fatale.

La méthode de traitement adoptée par M. Jennings, mérite d'être prise en considération, d'autant plus qu'elle est le résultat de l'expérience. Le professeur américain applique sous tout le membre affecté des bandes de sparadrap enduites avec l'onguent mercuriel.

Le membre enveloppé de cette sorte est ensuite couvert de charpie et le tout maintenu par un bandage qui applique le pansement étroitement au membre sans produire de la douleur. L'auteur fait prendre en même temps journellement un apéritif composé de calomel et d'ipécacuanha. Les symptômes diminuent aussitôt que la bouche commence à être affectée. M. Jennings dit avoir obtenu de ce traitement un succès tel qu'il l'applique indistinctement à tous les cas de phlegmasia dolens.

Sur la crusta genu equini, comme remède dans l'épilepsie; par J. D. Mettauer.

(The United States Medical and Surgical Journal, oct. 1835.)

Cette substance est fournie par le cheval; quatre surfaces ovalaires et sécrétoires, situées à l'intérieur des extrémités, près des genoux, sont les parties de l'animal desquelles on l'obtient. La sécrétion se fait si lentement et est si peu considérable, qu'on ne la distingue pas à son état de fluidité ou même de demi-fluidité. La croûte, formée par cette sécrétion, est d'une couleur et d'une densité variables; à l'extérieur elle est toujours plus claire et plus ferme qu'à l'intérieur; son tissu est lamellaire et fibreux; rompue elle ressemble à de la corne foncée et molle. Son odeur est très-pénétrante, diffusible et spécifique. Cette substance se sépare spontanément deux ou trois fois par année. Si on l'enlève prématurément ou avec quelque violence, la surface sous-jacente saigne un peu, s'enflamme et devient tendre et sensible.

En Amérique cette croûte est connue depuis longtemps comme étant douée de vertus médicinales; on l'a d'abord employée comme vermifuge et ensuite comme antispasmodique. Le père de l'auteur a le mérite de l'avoir le premier mis en usage contre l'épilepsie, en 1782 ou 1783.

Cette substance peut facilement se perdre, si l'on ne fait pas attention au moment où la croûte commence à se séparer. Après qu'elle s'est détachée, on la sèche un peu à l'ombre et on la conserve dans un vase étroit, qui empêche l'évaporation de ses principes volatils.

On l'administre sous forme de poudre ou de teinture. On obtient la dernière en digérant à une chaleur modérée la croûte cassée en petits morceaux ou pulvérisée, dans l'alcool dans la proportion d'une partie sur quatre parties de liquide.

Les doses de la poudre varient de 2 à vingt grains; celles de la teinture de ʒ β à ʒ i β.

Les doses ne doivent être augmentées que graduellement, afin d'éviter l'excitation qui pourrait résulter de leur emploi. Chez des enfans âgés de six à huit ans, deux grains par dose suffisent dans le commencement. Dans la majorité des cas trois doses en vingt-quatre heures remplissent le but qu'on se propose d'atteindre. On peut cependant les réitérer plus souvent, surtout lorsque les convulsions présentent un caractère extraordinaire de violence et que les paroxysmes sont très-fréquens. L'auteur veut que dans des cas rebelles, on continue l'usage de ce remède pendant plus d'une année. Il n'exclut pas l'emploi d'autres médicamens appropriés comme auxiliaires.

Expulsion de l'utérus avec ses appendices bientôt après l'accouchement; observation communiquée par J. C. Cook.

Le 22 mai 1835, à quatre heures du matin, on appela une sage-femme de Coventry, pour assister une femme en travail d'enfantement. Tout se passa bien; à sept heures du soir elle fut accouchée d'un enfant vivant; le placenta suivit un quart-d'heure après. Il n'y eut pas d'hémorrhagie au moment de l'accouchement même; les douleurs qui suivent l'accouchement étaient légères, et la sage-femme trouva à sa visite du lendemain l'accouchée dans un état très-satisfaisant. Elle se sentait en effet, tellement bien que, malgré la défense de la sage-femme, elle mangea de la viande immédiatement après la visite de cette dernière. Le 24 à 4 heures du matin, on appela la sage-femme en grande hâte. La femme s'était levée dans la nuit et était allée dans la chambre attenante pour lâcher l'eau. Son mari, alarmé tout à coup par ses cris, appela quelques voisins; ils trouvèrent la femme assise sur une chaise, devant le feu, un vase d'eau chaude devant elle et supportant avec ses deux mains entre ses cuisses une grande masse, qu'ils comparèrent à la tête et au cou de l'enfant. A son arrivée, la sage-femme trouva la malade couchée dans son lit et pâle, par suite de l'hémorrhagie. Une substance dure, lâchement adhérente au vagin par une bride membraneuse et se trouvant devant les parties génitales, fut reconnue pour l'utérus; en la soulevant doucement, la sage-femme la sépara sans difficulté et sans effort, après quoi l'hémorrhagie cessa. La sage-femme apporta l'utérus chez le père de l'auteur. C'était en effet cet organe à l'état d'inversion; il ne manquait que l'ovaire gauche. M. Cook, junior, vit la femme à onze heures et la trouva dans un état d'épuisement total, et agitée; le pouls était à peine perceptible. Elle avait uriné peu de temps après l'accident de la matinée; elle ne se plaignait pas beaucoup; l'abdomen n'était pas très-distendu, la sensibilité du ventre était fort modérée et ne se faisait remarquer qu'à la pression. L'absence de procidence des viscères pelviens et abdominaux et d'autres symptômes urgens détermina M. Cook de s'abstenir de l'exploration du vagin; il ne recommanda que le repos, la position horizontale et un régime léger et farineux. Dans l'après-midi le pouls s'éleva à 140. La malade urina sans inconvéniens. Bref, elle se rétablit parfaitement presque sans le secours de moyens externes et internes.

Tout considérable que fut la quantité de lait sécrété avant ses couches, cette sécrétion cessa immédiatement après l'expulsion de la matrice et il en fut de même de la sécrétion des lochies. La malade persista néanmoins à

vouloir donner le sein à son enfant, et de là, douleur et dureté considérables du sein droit avec fièvre, symptômes qui disparurent aussitôt qu'on éloigna la cause excitante. Sa santé étant rétablie, la femme tenta de nouveau d'allaiter son enfant et n'abandonna ce projet qu'après plusieurs semaines d'essais infructueux.

Cette femme s'étant refusée obstinément à laisser pratiquer le toucher, après sa guérison, l'auteur n'est pas à même de pouvoir donner une description de l'état actuel des parties; ce qui paraît le plus probable, c'est que le vagin forme un cul-de-sac, par suite des adhérences qui réunissent les surfaces opposées de ce canal. On s'explique de cette manière facilement, pourquoi les viscères sont restés *in situ*, même après que la malade eut repris ses occupations ordinaires. Cette femme cohabita par la suite avec son mari; cependant elle n'éprouve plus les mêmes sensations pendant l'acte. L'écoulement menstruel ne s'est plus montré. Voici maintenant la description de la partie expulsée :

L'utérus avait à peu près le volume d'une tête ordinaire d'un enfant à terme. Il ne présentait aucun déchirement, sauf une légère fissure à la lèvre postérieure du col. On distinguait le lieu d'attache du placenta qui était d'un rouge-brun plus foncé que le reste de la masse, et enduit d'une certaine quantité de matière floconneuse adhérant aux parois de la cavité utérine. Le placenta avait été inséré au-dessus de la trompe gauche, dont il cachait l'ouverture. On découvrait cette dernière, en détachant avec l'ongle une petite portion de la substance floculente déjà mentionnée. Les vaisseaux étaient larges et tortueux. Une incision faite le long de la face antérieure de cette masse mettait les ligamens larges, les deux trompes et l'ovaire droit à découvert. Les extrémités frangées des trompes étaient très-distinctes, l'ovaire gauche semblait s'être détaché et resté *in situ*.

Sur l'état morbide des vaisseaux du cerveau; par M. Bright.

M. Bright a fait la remarque que certains malades se plaignent principalement d'une douleur à l'occiput, douleur qu'on rapporte souvent au nerf occipital ou à une branche du second nerf cervical. La fréquence de ce symptôme lui donne quelque importance sous le rapport du diagnostic. M. Bright pense que ce symptôme annonce souvent une condition morbide des artères cérébrales, et il cherche à appuyer cette opinion par plusieurs observations, dont nous ne citons qu'une seule où l'autopsie est venue confirmer la justesse de la théorie.

En avril 1835, l'auteur fut consulté pour une dame, âgée de 56 ans et souffrant depuis neuf mois d'une affection de la tête. Les maux de tête auxquels elle était en proie, étaient accompagnés de nausées. Dix semaines avant que M. Bright la vit, elle avait eu une attaque d'hémiplégie. Le 20 avril, elle se confia aux soins de ce médecin; elle se plaignait alors d'une douleur sourde au sommet de la tête, de bruit dans les oreilles et d'insomnie; il y avait quelque chose de féroce dans l'expression de la figure, de l'hésitation dans la parole. Le cœur battait de temps à autre avec violence, pouls de 90 à 100, plein et dur : langue légèrement chargée : appétit peu altéré : nausées continuelles. On saigna la malade deux fois, chaque fois de douze à quinze onces; sangsues aux tempes, vésicatoires perpétuels à la nuque et derrière les oreilles; lotions évaporantes; purgatifs. Le sang de la première saignée n'était pas du tout couenneux; tandis que celui de la seconde l'était beaucoup. Les remèdes ne diminuèrent en rien la douleur, et le pouls conserva presque la même vigueur. *L'extractum lactucar* seul, pris avant le coucher et quelquefois le matin, procura quelque soulagement à la malade.

14 mai. Elle était mieux; elle se plaignait cependant toujours de douleur près de l'occiput, laquelle correspondait avec le point de sortie d'une grande branche du second nerf cervical. Avant sa mort elle eut encore deux accès épileptiques.

A l'autopsie on trouva un grand nombre de plaques de lymphe fibreuse à la surface externe de la dure-mère. Tous les vaisseaux de la base du cerveau étaient plus ou moins malades, dilatés, demi-opaques, friables et parsemés de points prêts à s'ossifier. Quelques autres artères cérébrales n'étaient pas moins altérées. Le pont de Varole était plus dur qu'à l'ordinaire. Un petit caillot de sang du volume d'un pois, occupait le lobe droit du cerveau. Le péricarde était chargé de graisse ainsi que le cœur, dont le ventricule gauche était hypertrophié.

L'altération des vaisseaux est-elle accompagnée de symptômes extraordinaires de léthargie et la douleur superficielle de l'occiput est-elle moins notable, l'auteur croit probable qu'alors l'affection a fixé son siége principalement dans les carotides internes et les divisions de ces vaisseaux.

M. Bright rapporte ensuite un cas dans lequel les symptômes léthargiques ont été fort prononcés et ont duré pendant longtemps et où l'altération des artères carotides était considérable.

Le sixième cas cité par M. Bright, est celui d'un homme, âgé de 63 ans, et atteint depuis nombre d'années de douleur et d'une sensation de malaise à la tête, accompagnées de temps à autre de coma. Les saignées et les purgatifs étaient ordinairement suivis de soulagement. A la suite d'une espèce d'attaque d'apoplexie, il lui resta une légère hémiplégie et de l'incohérence dans les idées. Une seconde attaque d'apoplexie, l'emporta. On trouva à l'autopsie une grande quantité de sérosité au-dessous de l'arachnoïde épaissie. Le cerveau était ramolli dans différens endroits. Les ventricules latéraux étaient distendus par de la sérosité. Les vaisseaux de la base du cerveau étaient altérés dans une grande étendue, leurs parois contenaient des gros fragmens d'une substance athéromateuse. L'altération s'étendait aux artères cérébrales et vertébrales. M. Bright a appris plus tard que ce ma-

lade avait été affecté de somnolence léthargique 12 ans avant sa mort.

M. Bright arrive aux conclusions suivantes : L'affection du cerveau par suite de l'altération des artères de cet organe peut se présenter sous différentes formes.

Si la continuité des vaisseaux altérés n'est pas interrompue, cette altération peut donner lieu à une douleur interne générale de la tête, et à une douleur externe, locale ou répandue ; il se peut qu'une somnolence léthargique soit le symptôme prédominant ; ou une simple congestion peut donner lieu à une attaque d'apoplexie ; ou la circulation dans l'une ou l'autre partie du cerveau étant interceptée, sa structure peut être ramollie en certains endroits ; ou un épanchement séreux peut se former dans les ventricules ou sous l'arachnoïde. Lorsque les vaisseaux cèdent à la pression, il arrive souvent que l'impression consécutive ressentie par le système nerveux n'est que momentanée ; mais il reste quelquefois une légère paralysie, qui donne par la suite origine à de petits kystes. Lorsqu'au contraire un gros vaisseau se rompt, une apoplexie foudroyante en est le résultat immédiat.

Diagnostic de la péricardite ; par le Dr Hughes.

Dans un essai sur les symptômes et le diagnostic de la péricardite, mémoire qui fait partie des rapports de l'hôpital de Guy à Londres, l'auteur termine par les conclusions suivantes :

1. Quelquefois, la péricardite ne présente aucun symptôme, qui soit appréciable à l'observateur ; d'autres fois les symptômes, par lesquels cette maladie se manifeste, ne sont que de nature négative ; mais le plus souvent elle se manifeste par des symptômes positifs et bien prononcés.

2. Les cas qui présentent des signes caractéristiques et dont le diagnostic n'offre point de difficultés, sont encore de deux espèces ; dans l'une et l'autre les symptômes diffèrent, ils peuvent même être d'un caractère opposé et sont ordinairement suivis de résultats différens.

3. Cette différence de caractère dépend de la nature du produit inflammatoire, lequel est liquide dans l'un, et solide dans l'autre genre de cas.

4. Les cas avec épanchement liquide suivent en général une marche rapide, et se terminent d'une manière funeste ; ceux avec exsudation solide deviennent souvent chroniques ; les malades en reviennent fréquemment, sans qu'on fasse beaucoup ou même sans rien faire pour les soulager.

5. Quoique l'affection aiguë conserve généralement son caractère pendant toute la durée de la maladie, il se peut cependant que la nature de l'épanchement venant à changer par les progrès du mal, différens ordres de symptômes se manifestent à diverses périodes dans le même cas.

6. La péricardite rhumatique est presque toujours accompagnée d'exsudation solide, de douleur précordiale, qui augmente à la pression, d'un pouls régulier et tendu, et du *bruit de soufflet.*

7. Dans ces cas le *bruit de soufflet* est probablement dû à l'épaississement phlegmasique des valvules ou du tissu fibreux qui se trouve en rapport avec elles.

Extraction d'un fragment de cathéter de la vessie, à travers l'urètre ; par M. Tyrell.

Un homme, âgé de 40 ans, souffrant depuis nombre d'années d'un rétrécissement de l'urètre, s'introduisit dans la vessie un cathéter usé et faible à sa courbure, où il avait déjà été soudé. L'instrument ayant rencontré quelque obstacle vers le bulbe de l'urètre, se cassa. Le fragment ne pouvant pas être retiré, cet individu se mit en route pour se rendre à l'hôpital Saint-Thomas et fit pour cela un chemin fort long. A son entrée à l'hôpital ses souffrances n'étaient pas considérables. Au moyen d'une sonde, M. Tyrell découvrit le morceau de cathéter logé transversalement au fond de la vessie ; les extrémités du fragment étaient embrassées par cet organe de manière à se trouver maintenues avec une certaine fermeté. L'opérateur délogea le corps étranger en passant au-delà le bout de la sonde et en l'attirant en avant ; il déplaça le fragment vers la partie inférieure de la vessie, derrière la glande prostate ; sa position était toujours transversale. La liberté et l'étendue des mouvemens de la sonde firent présumer que la vessie contenait plusieurs onces d'urine, et qu'elle était dans un état de distension favorable aux manœuvres d'extraction, qu'on allait tenter.

Le malade placé sur un lit en position à demi assise, les cuisses à demi-fléchies, la sonde fut retirée. A sa place, l'auteur introduisit un des instrumens de *Weiss,* destiné à l'extraction de petits calculs, presque droit et muni d'un fort ressort. Une exploration attentive, à l'aide de cet instrument, fit découvrir que l'extrémité du corps étranger, dirigée vers le côté droit du malade, était libre, tandis que l'autre se trouvait couverte d'un repli de la vessie. Après plusieurs tentatives inutiles l'auteur parvint à saisir l'extrémité libre, et retirant l'instrument avec beaucoup de précautions, il amena le fragment du cathéter dans le canal de l'urètre. Arrivé là, le forceps glissa et lâcha prise. L'auteur introduisit immédiatement son doigt dans le rectum dans le but de comprimer l'urètre entre le corps étranger et la vessie et afin de prévenir tout mouvement rétrograde du premier. Cela fait, le forceps fut de nouveau introduit dans l'urètre ; une première tentative suffit dès-lors pour saisir le fragment du cathéter et pour l'extraire. Ce corps mesurait exactement trois pouces de long et était du calibre du n° 10 de Weiss. L'exploration et l'opération avaient duré ensemble environ 20 minutes.

Une dose d'opium et d'huile de ricin suffirent pour prévenir des accidens consécutifs. Le malade sortit de l'hôpital trois jours après l'opération.

Anévrysme de l'artère carotide interne. — Premier cas opéré avec succès par la ligature de la carotide primitive. — Dissection 13 *ans après ;* par Sir A. Cooper.

Le malade, âgé de 50 ans, portait une tumeur anévrysmale, apparemment de l'artère carotide interne, située immédiatement au-dessous de l'angle de la mâchoire du côté gauche. La ligature de la carotide primitive, fut pratiquée par M. A. Cooper, le 22 juin 1808. L'opération ne fut suivie d'aucun symptôme extraordinaire, les ligatures tombèrent le 13 et 14 juillet; le 17 le malade quitte la salle, et en septembre il sortit de l'hôpital. Son rétablissement avait été retardé par un sinus, qui occupait le plan de la ligature : cet individu mourut en 1821 d'une attaque d'apoplexie.

Autopsie. — Après avoir introduit une seringue à injection dans la crosse de l'aorte et lié préalablement les artères sous-clavières après leur passage entre les muscles scalènes, l'injection fut faite avec la masse ordinaire. La tête fut ensuite ouverte, dans le but de trouver le siége et la cause de l'épanchement fatal. En enlevant l'hémisphère du côté gauche du cerveau, on découvrit un gros caillot de sang demi-liquide, remplissant un kyste apoplectique dans la substance du cerveau, précisément au-dessus du corps strié dans le voisinage du corps calleux. Il avait le volume d'un œuf de poule. Un examen plus attentif fit voir que l'hémorrhagie était due à une grosse branche de l'artère cérébrale moyenne, dont le tronc paraissait être plus dense et plus blanc qu'à l'ordinaire et offrait des altérations tendantes à l'ossification. L'affection, dont mourut l'invidu, prouve suffisamment que la circulation se fit librement, et avec une certaine force d'impulsion dans les vaisseaux cérébraux du côté où l'artère carotide avait été liée. On peut dire que les artères du côté gauche du cerveau étaient plus élargies que celles du côté opposé. L'artère cérébrale antérieure avait le même volume que son artère correspondante ; la moyenne était plus grosse que celle du côté droit ; le grand volume de ce vaisseau, s'expliquerait par l'augmentation du volume de la branche communiquante, qui, recevant son sang de l'artère basilaire, était devenue aussi grosse que l'artère radiale dans l'état ordinaire. L'artère basilaire paraissait avoir la capacité ordinaire, bien que ce fut évidemment le canal qui fournit le sang à l'artère moyenne cérébrale. Probablement le sang trouva un cours plus facile, de la basilaire à travers la branche communiquante gauche, que dans les vaisseaux correspondans droits, lesquels paraissaient avoir perdu de leur volume. L'inspection de la base du cerveau, fit de suite voir que le côté gauche du cercle artériel de Willis était beaucoup plus développé que celui du côté droit et que le côté gauche du cerveau recevait une grande quantité de sang artériel. L'artère cérébrale antérieure recevait le sang de l'artère correspondante de l'autre côté, par l'intermédiaire de la branche transversale. Ces vaisseaux semblaient avoir leur volume ordinaire. L'artère carotide interne était perméable dans l'étendue d'environ un demi pouce, et présentait la capacité ordinaire.

Les vaisseaux externes n'étaient pas aussi distincts ; l'injection n'avait pas pénétré dans ceux de la face. Le tronc de la carotide primitive, oblitéré dans toute son étendue, était réduit à une espèce de corde.

La masse avait pénétré dans le commencement de la carotide externe ; l'artère thyroïdienne supérieure était aussi remplie par les artères du côté opposé ; mais au-delà de celle-ci les branches étaient restées vides.

Il est à regretter qu'il fut impossible à Sir A. Cooper de mieux préciser la situation exacte de l'anévrysme et l'état des principales branches de l'artère carotide externe, ainsi que de celles de la carotide interne. La perméabilité de la carotide externe à son origine semble prouver que l'anévrysme avait son siége dans la carotide interne.

Ce cas n'ajoute pas peu à nos connaissances sur les conséquences de l'opération de l'anévrysme. Quoique l'anatomie nous laisse entrevoir le rôle que jouent les anastomoses dans le rétablissement de la circulation du tronc oblitéré, il n'est pas moins important de savoir ce que la nature fait effectivement dans ces circonstances ; et voilà ce qui rend les observations de Sir A. Cooper extrêmement intéressantes.

Guérison d'un anévrysme axillaire par la ligature de l'artère sous-clavière. Dissection du membre douze ans après l'opération.

Un homme, âgé de 36 ans, éprouva en juillet 1823 une sorte de craquement au-dessous de la clavicule gauche, au moment où il fit un effort subit avec le bras de ce côté. Un ou deux jours après une tumeur anévrysmale se forma au-dessous de la clavicule. M. Key pratique le 20 septembre la ligature de l'artère sous-clavière; la tumeur, qui était alors volumineuse, avait soulevé la clavicule. La ligature tomba le 12me jour après l'opération. La tumeur diminua graduellement, et le malade vécut jusqu'au printemps de 1835, époque à laquelle il mourut atteint d'anasarque des extrémités inférieures et d'autres symptômes de maladie viscérale.

Dissection du bras injecté. Les muscles du bras droit étaient plus développés que d'ordinaire. On distinguait une petite cicatrice à la peau au-dessus de la clavicule.

Le tronc de la sous-clavière n'avait pas subi d'altération dans son volume, depuis son origine jusqu'au point où la ligature avait été appliquée, c'est-à-dire, précisément au bord externe du muscle scalène. Là le vaisseau était tout à coup oblitéré et prenait la forme d'une corde dense, aplatie dans une étendue de deux pouces et demi environ, et se terminait dans les restes du sac anévrysmal. Une profonde entaille indiqua distinctement le point même où l'artère avait été liée. Le sac anévrysmal qu'on distinguait encore dans l'aisselle, y formait une tumeur ferme et solide, du volume d'un petit œuf de poule, située immédiatement derrière le petit pectoral et intimement adhérente à la seconde côte.

Cet os ne présentait pas d'usure malgré la pression à laquelle il avait été exposé. Le sac, d'ailleurs légèrement uni aux tissus environnans, présentait une surface externe lisse et uniforme, semblable à ces kystes qui se forment quelquefois autour des corps étrangers. La portion oblitérée du tronc axillaire se terminait dans la partie supérieure et postérieure du sac, tandis qu'à sa surface inférieure l'artère était ouverte.

Le sac dont les membranes étaient très-denses et dures, contenait un caillot solide, qu'on sépara facilement du kyste qui l'entourait. Il consistait en fibrine, paraissant non-organisée, d'un tissu dense et coriace et d'un jaune sale.

Les vaisseaux anastomostiques, qui effectuaient la circulation, peuvent être divisés en trois ordres : 1° Un ordre postérieur, consistant en des branches sus-scapulaires et scapulaires postérieures de l'artère sous-clavière, qui communiquaient avec la sous-scapulaire, branche de l'artère axillaire ; 2° un ordre interne, dû à la connexion de la mammaire interne avec les artères thoraciques courtes et longues et avec l'artère sous-scapulaire ; 3° un ordre moyen ou axillaire, consistant en un certain nombre de petits vaisseaux, qui avaient pris leur origine des branches de l'artère sous-clavière et traversaient l'aisselle, pour se terminer ou dans le tronc principal ou dans quelques-unes des branches de l'artère axillaire. Ce dernier ordre de vaisseaux présenta le plus distinctement le caractère particulier des artères de nouvelle formation ou plutôt des artères dilatées. Elles étaient excessivement tortueuses et formaient un plexus complet, presque inséparablement uni aux nerfs axillaires ; plusieurs branches s'enfonçaient dans le milieu des fibres nerveuses au point qu'on ne réussit que difficilement à les séparer.

L'artère sous-scapulaire qui communiquait avec les branches mammaire interne, sus-scapulaire et scapulaire postérieure de la sous-clavière, était le vaisseau, qui contribuait le plus à rendre son premier état au tronc axillaire au-dessous de la tumeur. Ce tronc recevait de toutes ces branches, une quantité de sang telle, que son volume était trois fois plus grand que celui qui lui est ordinaire. L'artère sous-scapulaire prenait, chez cet individu, son origine beaucoup plus haut qu'elle ne le fait ordinairement. L'origine était dans la dilatation de la tumeur anévrysmale ; de sorte que l'artère s'ouvrait dans le sac même, et que le sang avait à traverser une petite portion de la cavité, pour arriver dans le commencement du tronc axillaire. La continuité entre les deux vaisseaux avait été conservée par le coagulum contenu dans la tumeur. Les membranes artérielles étaient dans une petite étendue remplacées par une portion de ce coagulum, en sorte qu'en enlevant le contenu de la tumeur, la masse d'injection devint visible au fond du kyste, tandis qu'un sillon profond dans le coagulum indiquait le canal à travers lequel le sang avait passé.

L'artère sus-scapulaire, provenant dans ce cas de l'artère cervicale superficielle, augmentait de volume au point de jonction avec l'omoplate, en s'unissant avec une branche de la portion oblitérée du tronc principal qui recevait le sang de l'artère sous-clavière placée au-dessus.

L'origine commune des petites artères thoraciques et humérale thoracique, provenant du sac même, était oblitérée. Les deux vaisseaux avaient cependant repris par la suite leur volume primitif, l'un étant pourvu de sang, par son union avec l'artère mammaire interne, et l'autre, par des communications avec l'artère cervicale superficielle.

(*Guy's Hospital Reports.*)

THE BRITISH

AND

FOREIGN MEDICAL REVIEW, BY J. FORBES, AND J. CONOLLY.

Expériences sur le cerveau, la moelle épinière et les nerfs; par le professeur MAYER, de Bonn.

Il est reconnu qu'il n'y a pas d'expériences plus importantes sur ce sujet que celles faites par Flourens, et celles-ci le seraient davantage encore si elles n'étaient accompagnées de lésions étendues du cerveau, de ses nerfs et de ses vaisseaux. Il est incontestable que ces opérations modifient plus ou moins les phénomènes physiologiques du système nerveux. M. Mayer a répété les mêmes expériences, d'une manière plus sûre et plus simple. Il a évité d'ouvrir la cavité du crâne, la lésion des vaisseaux, et l'exposition des parties lésées à l'air atmosphérique. Il a essayé de déterminer les modifications de l'influence de l'activité du cerveau sur le système organique, alors qu'on interrompt en partie ou totalement l'afflux du sang vers cet organe : fluide qu'il faut regarder comme la source principale de son activité et de sa vitalité.

On peut arriver à ce but de deux manières, ou en liant les artères, qui y aboutissent, ou en injectant quelques fluides étrangers dans ces vaisseaux. Quant à ce qui concerne la première méthode, elle se borne à la ligature des deux carotides. Lier en même temps les artères vertébrales est non-seulement chose presque impossible, mais même une cause de mort subite. D'un autre côté, les expériences de M. Mayer font voir qu'il est possible de faire la ligature des deux carotides et de l'une des sous-clavières. Ces expériences, outre leur valeur physiologique, offrent encore un intérêt pratique, parce qu'il est des cas où cette opération peut être nécessaire.

Comme il nous est impossible d'entrer dans tous les détails de ces expériences, nous nous contenterons de les rapporter sommairement.

1re *expérience.* La ligature d'une seule carotide (1) sur un lapin ne produit aucun phénomène particulier.

2me *expérience.* La ligature des deux carotides sur un chien présente les phénomènes suivans : l'action du cœur est un peu diminuée, la respiration, de 42 qu'elle était auparavant descend à 28 inspirations. On observe en outre : faiblesse de la vue, assoupissemens et tremblemens ; le corps est tiré d'un côté ; l'animal se remet après six jours.

(1) Nous comprenons par carotide la carotide primitive.

3me *expérience.* La ligature des deux carotides sur un lapin ne produisit rien de particulier.

4me *expérience.* La même opération faite sur un chien, produisit de l'assoupissement, de la faiblesse dans la vue, diminua le nombre des mouvemens respiratoires, et l'animal, après quatre jours, reprit son premier état.

5me *expérience.* La même opération faite sur un pigeon produisit des phénomènes remarquables : faiblesse de la vue, vertiges, tremblemens, impossibilité de rester debout ; diminution du nombre des mouvemens respiratoires, descendus de 105 à 22 par minute ; abaissement de 4° 1/2 de Fahr. de température. L'action du cœur éprouva peu de changement. L'animal mourut dans les convulsions le 4me jour après l'opération.

6me *expérience.* La ligature des deux carotides sur un lapin, produisit des tremblemens de tête, des vomissemens de matière stercorale, des convulsions ; et la mort après 14 heures.

7me *expérience.* La même expérience faite sur un cheval, fut suivie de symptômes très-violens : faiblesse des yeux ; vertiges, affaissement comme s'il avait été frappé par la foudre ; impuissance de la déglutition ; délire violent ; convulsions et mort en 58 minutes.

8me *expérience.* On a observé les phénomènes suivans sur un lapin : insensibilité des parties croisées ; par exemple de l'oreille droite et de l'œil gauche. Expression d'agitation ; traction de la tête d'un côté ; diminution de l'action du cœur ; augmentation du nombre des inspirations ; rétablissement le 3me jour.

9me *expérience.* La ligature des deux carotides et du nerf pneumogastrique gauche, produisit les phénomènes suivans : la tête devint insensible, surtout du côté gauche ; l'œil gauche également ; l'animal tomba sur le côté gauche. Des convulsions tétaniques et trismiques eurent lieu ; la respiration devint lente et embarrassée ; l'action du cœur se ralentit, et la température descendit à 15°, 75 F. ; paralysie générale et mort 6 heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva dans les poumons de l'estomac, des extravasations de sang ; la muqueuse de ce dernier organe était corrodée.

10me *expérience.* Ligature des deux carotides d'un lapin : paralysie distinctement croisée ; insensibilité de l'œil et de l'oreille (l'œil gauche ainsi que l'oreille droite devinrent insensibles dès le commencement, tandis que l'œil droit et l'oreille gauche, conservèrent quelque temps encore leur sensibilité) ; tétanos et trismus ;

impuissance d'avaler; régurgitation; action du cœur peu diminuée, tandis que le nombre des inspirations tombe à 16; la température baissa de 27° de F.; perte totale de la chaleur animale, et mort le 5me jour, par suite de la perte de la sensibilité et de l'irritabilité. Après la mort on trouva une quantité extraordinaire de suc gastrique pur dans l'estomac. Une membrane inflammatoire s'était formée dans les deux yeux et fermait la pupile.

11me *expérience.* Affection croisée distincte de l'oreille et de l'œil; les deux yeux deviennent insensibles; tétanos et trismus. Traction de la tête d'un côté; chorée; pulsations du cœur réduites à 90; mouvemens respiratoires à 20. La température perdit 22° 5' F. Paralysie générale et mort en 9 1/2 heures. On trouva des extravasations de sang dans l'estomac, dont la membrane interne était corrodée.

12me *expérience.* La ligature des deux carotides et de l'artère sous-clavière droite, sur une chèvre, affaiblit l'action du cœur; on observe en outre une affection des yeux; vertiges; tremblemens de la tête; impuissance de se tenir sur les jambes; tétanos et mort en 4 jours.

13me *expérience.* Cinq jours après avoir lésé le cervelet d'un lapin en le traversant par un fil de fer, on fit la ligature des artères carotides; le tout se passa comme dans la 11me expérience; l'animal succomba le 8me jour. On trouva dans l'œil, une membrane pupillaire inflammatoire.

14me *expérience.* La lésion du cervelet sur un lapin n'offrit rien de particulier; tandis que la ligature des carotides pratiquée 7 jours après (on avait compris dans la ligature le nerf pneumo-gastrique et sympathique droits) donna lieu à des résultats semblables à ceux de la 10me et 11me expériences; l'œil droit était paralysé, la cornée ulcérée, et à l'autopsie on trouva un épanchement lymphatique à la surface antérieure de l'iris. L'animal succomba le 21me jour.

15me *expérience.* La ligature des deux carotides sur un lapin offrit les phénomènes déjà décrits; il n'y eut de remarquable que le vomissement de matière stercorale. Le 6me jour on enfonça une épingle de fer dans le cerveau; l'animal parut être aveugle, se heurta contre tous les objets, et mourut le 8me jour.

16me *expérience.* La ligature des artères carotides et des sous-clavières produisit la mort dans l'espace d'une minute. Ce qui est remarquable, c'est que le cœur après 6 minutes battait encore avec toute son activité. Même 40 minutes après la mort, lorsque le cadavre était raide depuis 10 minutes, le cœur donnait encore 11 pulsations.

17me *expérience.* La même opération tua instantanément un pigeon.

18me *expérience.* La ligature des carotides faite sur une marmotte, pendant le sommeil hibernal, donna lieu à une roideur complète et à la mort.

Expériences par l'injection de fluides dans les carotides.

19me *expérience.* L'injection d'un peu de mercure dans la carotide d'un lapin produisit des souffrances violentes, des vertiges, torsion de la tête, insensibilité des yeux (de l'un, puis de l'autre), et diminution de l'action du cœur et de la respiration; l'animal mourut en 22 minutes.

20me *expérience.* Sous la même circonstance, insensibilité de la tête et du corps; tétanos et mort en 4 minutes.

21me *expérience.* Les symptômes furent : diminution de l'action du cœur, de la respiration et de la chaleur animale; hémiplégie et paralysie croisée à la tête des yeux et des oreilles, trismus; l'animal refuse de prendre aucune nourriture; impuissance d'avaler; vomissemens de matières stercorales; roideur et mort le 4me jour. A l'autopsie, on trouva la membrane de l'estomac corrodée et une exsudation dans l'œil. La similitude des phénomènes avec ceux observés après la ligature des carotides est remarquable dans ce cas. (Voir expérience n° 10.)

22me *expérience.* La paralysie de la tête et de l'œil était plus remarquable encore dans ce cas; la cornée de l'œil gauche était altérée. Mort le 18me jour par suite de la diminution de température, de la roideur et du défaut de nourriture.

23me *expérience.* Une petite quantité de cire à injection fut introduite dans la carotide d'un bélier; il en résulta une perte subite de sensibilité, de mouvemens et de forces vitales, limitée d'abord à la tête, puis s'étendant graduellement à tout le corps. La respiration s'arrêta comme si l'animal avait oublié le besoin de la continuer. Le mouvement du cœur se maintint comme si le reste des forces vitales se fut concentré sur cet organe. L'animal succomba en 12 minutes.

24me *expérience.* Les mêmes phénomènes furent produits sur une chèvre, et la mort s'en suivit en huit minutes.

Voici les conclusions que le docteur Mayer tire de ces expériences :

1° Qu'un état sain de l'activité cérébrale est une condition nécessaire pour la vie, en d'autres termes, l'encéphale (cerveau, cervelet et moelle alongée), est la source des forces vitales, le *fons vitalis.*

2° La moelle épinière à elle seule ne suffit pas pour maintenir la vie, parce que sa propre vie dépend de l'énergie vitale de l'encéphale. Cette conclusion se déduit surtout des expériences 23 et 24.

3° Le vertige et l'impuissance de se tenir debout, sont les résultats d'un obstacle à l'activité cérébrale. Nous ne pouvons guère attribuer ces effets à une lésion des fonctions du cervelet, parce que dans les expériences mêmes où les artères vertébrales ont été liées, le cervelet recevait encore une quantité suffisante de sang.

4° Ces expériences démontrent en outre que le cerveau préside aux fonctions vitales; ce n'est pas que la cause ou le principe des fonctions vitales (circulation, nutrition, respiration, chaleur animale), réside dans l'encéphale même; mais c'est de lui qu'émane l'impulsion de l'exercice de la vie végétative et elle cesse dès que l'encéphale tombe dans un état de non-activité.

Le besoin, nous dirons presque le souvenir des fonctions

vitales, s'arrête du moment où l'action du cerveau est interrompue. La respiration cesse soudainement ou n'est plus qu'imparfaite et ralentie. L'animal tient la nourriture dans la bouche, oublie de l'avaler ou la laisse tomber ; la force contractile que l'estomac conserve n'est qu'un mouvement antipéristaltique qui fait refluer les matières stercorales, là où la destruction de l'action de l'encéphale a été graduelle, il s'en suit de l'insensibilité générale et l'animal succombe par l'effet de la perte de la chaleur animale, de la faim, de la roideur et de l'épuisement. Si nous comparons ces expériences avec celles faites par Flourens, nous trouverons une grande ressemblance dans les résultats. Sous le même chef, se rangent les symptômes que l'on rencontre dans la période comateuse du typhus. Le malade meurt dans cet état par l'effet de l'insensibilité qui lui fait oublier les besoins de la vie.

Cette insensibilité, résultat de la paralysie de l'encéphale, le fait succomber à moins qu'on ne le fasse sortir continuellement de son assoupissement, qu'on le stimule par des sinapismes, etc.

Les recherches physiologiques surtout pendant ces dernières trente années, ont suffisamment prouvé que tous les agens ou au moins la plupart des agens qui agissent d'une manière destructive sur le système nerveux, le font par l'intermédiaire de la circulation. Voilà ce qu'ont démontré les expériences de Christison, Coinda, Brodie, Emmert, Viborg et beaucoup d'autres. Les expériences de Sir B. Brodie sur l'action du poison *woorara*, sont bien connues. Les expériences de Emmert confirment d'une manière plus manifeste ce fait. Il amputa la jambe d'un animal, ne laissant pour unir le membre au corps que les nerfs. Des substances vénéneuses, introduites dans le pied, ne produisirent aucun effet, même en les appliquant au tronc du nerf. Viborg appliqua même un gros d'acide prussique concentré sur le cerveau d'un cheval, mis à nu par le trépan, sans produire d'effet. Les expériences de Dupuy (1) sur l'intoxication du fluide circulatoire confirment d'une manière frappante les expériences du docteur Mayer. Il trouva qu'en injectant de l'eau dans laquelle on avait macéré des muscles pendant 4 1/2 ans, on donnait lieu à des symptômes analogues à ceux du typhus ; savoir : Débilité, perte de la vue, coma, chute de la tête, etc. Gaspard (2) aussi a injecté une demi-once de mercure dans la carotide d'un mouton, l'insensibilité, le coma et la mort après cinquante minutes en furent les conséquences.

L'impulsion, dit le professeur Mayer, et la conscience, du besoin de tenir les fonctions vitales en action, ont leur siége dans l'encéphale ; en faisant la contre expérience, par la séparation de la tête du tronc, surtout chez des animaux nouveau-nés, nous observons des symptômes de cette même impulsion dans la tête décollée. C'est ainsi que les têtes des chiens et des chats nouveau-nés séparés du corps, sucent le doigt qu'on leur met dans la bouche, pendant 10 à 15 minutes. Ils font des efforts de respiration en ouvrant la bouche (fait observé pour la première fois par Legallois), et en ouvrant et refermant alternativement la glotte.

M. Mayer arrive à la cinquième et dernière conclusion. Les expériences dont nous avons donné l'histoire, prouvent incontestablement, que la circulation, la production de la chaleur animale, et en dernier lieu la sécrétion et la nutrition dépendent de l'activité de l'encéphalé ; ces fonctions s'arrêtent aussitôt que la dernière est éteinte ; elles prouvent en outre que c'est du cerveau que part l'impulsion, cause de la continuation de ces fonctions. On ne saurait nier qu'une variété de causes en rapport avec les fonctions, ont leur siége dans l'organisme, mais toujours est-il que le ressort principal qui met en mouvement tout le rouage des fonctions vitales, réside dans l'encéphale.

(*Acta Acad. Natur. Curios.* Vol. XVI. P. II.)

(1) Injections des matières putrides dans les veines jugulaires du cheval. Nouv. Bibl. Médicale, 1823, janv. p. 90.

(2) Mémoire physiologique sur le mercure. Magendie, journal, t. 1, n. 2, p. 165.

Observations sur l'emploi de la pompe à succion dans la hernie étranglée ; par L. Koehler, de Varsovie.

M. Koehler, en 1821, réduisit une hernie scrotale qui était étranglée depuis 3 jours, en y appliquant une ventouse. N'ayant jamais ouï parler de l'emploi de la pompe à succion dans ces cas, il n'osa attribuer la réduction de la hernie à la cause réelle, mais il en conserva le souvenir, et en lisant les observations de M. Busch sur l'usage de la pompe (Journal de Huffeland, 1832), il fut tenté d'essayer cette nouvelle méthode. La première expérience fut faite sur un sexagénaire, affecté depuis 9 ans d'une hernie scrotale gauche, qui s'étrangla subitement par suite d'une indigestion. Le malade était en butte à de violentes coliques ; tous les efforts du chirurgien pour obtenir la réduction restèrent infructueux. Cet état durait depuis trois jours, lorsque M. K. le vit pour la première fois. Le sac herniaire avait alors acquit le volume d'un œuf d'autruche, la figure était grippée et indiquait une grande angoisse, le corps couvert d'une sueur froide ; abdomen balonné et dur ; extrémités froides ; pouls presque imperceptible et filiforme ; constipation depuis trois trois jours ; vomissemens de matières stercorales et hoquet : en vain on avait eu recours au traitement le plus actif, l'opération faite immédiatement, semblait être le seul moyen pour sauver le malade, moyen qui dans ces circonstances défavorables n'offre pas beaucoup de chances de succès. Les parties enflammées supportant encore un certain degré de pression, M. K. fit un dernier effort de taxis ; ce ne fut qu'après cet essai qu'on eut recours à la pompe à succion. A la première application sur l'anneau inguinal, on entendit des borborigmes dans la partie herniée ; quelle ne fut pas la surprise, et la stupéfaction des assistans, lorsque la réduction se fit. Les vomissemens ces-

sèrent à l'instant même, quelques heures plus tard le malade alla à selle et en peu de jours le rétablissement fut complet.

M. K. donne encore le détail de six autres cas de hernies inguinale et crurale étranglées, et dans tous, l'étranglement, après avoir résisté à toute espèce de traitement, sauf l'opération, céda presque immédiatement à la puissance relâchante de la pompe à succion.

Le cas d'un mendiant juif, exigea cependant une persévérance plus grande. Cet individu, âgé de 62 ans, était porteur depuis 12 ans d'une hernie scrotale, qui en dernier lieu s'était étranglée par suite d'une mauvaise application du bandage herniaire ; au moment où le malade se présenta à l'hôpital, le sac herniaire avait le volume d'une tête d'enfant, était tendu sans être très-sensible. Le malade avait vomi deux fois, et malgré l'application de plusieurs lavemens avant son entrée à l'hôpital, il y avait constipation depuis 4 jours ; une première application de la pompe à succion n'étant pas suivie de succès, on eut recours à une saignée, à l'emploi d'un onguent anodin, et du calomel à fortes doses à l'intérieur ; aucune amélioration ne s'en suivit. Les vomissemens se renouvellèrent, la fièvre continua avec la même force et la partie étranglée devint de plus en plus douloureuse ; M. K. tenta une seconde fois la pompe à succion ; ce ne fut qu'à la troisième fois que l'on s'aperçut d'un léger mouvement péristaltique en dedans du sac herniaire, et immédiatement après la quatrième application de l'instrument la réduction complète eut lieu. Peu de temps après, des évacuations alvines copieuses se déclarèrent, et en peu de jours l'individu avait recouvré son ancien état de santé.

Un confrère de M. K. réussit une fois dans un cas rebelle de hernie inguinale étranglée, à en opérer la réduction en appliquant simplement à l'endroit de l'étranglement un bocal renversé en manière de ventouse. M. le professeur Janikowski a communiqué à M. K. un cas de hernie ombilicale étranglée, dans lequel il a employé la pompe à succion avec un succès parfait. Une femme célibataire, âgée de 50 ans, très-corpulente, portait une hernie ombilicale qui depuis 2 ans ne se laissait plus réduire complétement ; il s'y joignit de véritables symptômes d'étranglement, après trois jours de constipation opiniâtre, vomissement de matière stercorale.

La protubérance herniaire était du volume d'une grosse orange, dure et très-sensible ; tous les remèdes usités ayant échoué on eut recours à la pompe à succion. Son application fut douloureuse et les tégumens s'excorièrent dans une certaine étendue, par l'effet de la traction qu'ils éprouvèrent ; la réduction fut complète.

En résumé, la méthode nouvelle a toujours réussi dans 23 cas très-graves et M. K. finit par désirer qu'un remède aussi simple devienne d'une application générale.

(*Hecker's Annalen*, Vol. I. Liv. 4. 1835.)

PREUSSISCHE

MEDICINISCHE ZEITUNG.

Choix d'observations extraites du rapport des médecins de Prusse.

I. *Guérison de la phthisie pulmonaire par la créosote.*

Un homme d'environ 20 ans, présentait tous les signes d'une phthisie pulmonaire; émaciation excessive, fièvre hectique, sueur nocturne, courteresse d'haleine, toux sèche et fatigante, et n'offrait plus d'espoir de guérison. Déjà l'usage de deux premiers gros de créosote fit cesser la toux; la fièvre et la sueur nocturne diminuèrent, et après 8 semaines de l'usage de cet agent, non-seulement il ne resta plus de trace de l'affection pulmonaire, mais le malade avait repris son appétit ordinaire et s'était rétabli au point qu'il pouvait sans difficulté courir et sauter les escaliers.

II. *Effet salutaire de l'huile de morue dans une coxarthrocace parvenue à la dernière période.*

Une fille, âgée de 6 ans, était atteinte depuis plus d'un an d'une coxarthrocace du côté droit; l'articulation était considérablement engorgée, et la suppuration s'y était établie. Dans le pourtour de l'articulation, il s'était formé plusieurs ouvertures, qui donnaient issue à une quantité de pus de mauvaise nature; l'extrémité malade était raccourcie d'un pouce; une fièvre de consomption avec sueur nocturne avait tellement épuisé l'enfant, qu'on s'attendait à une mort prochaine; les moyens les plus énergiques tant internes qu'externes, et entre autres un cautère, avaient été employés, sans que les progrès de la maladie ne fussent entravés. Enfin, on discontinua tous les autres remèdes, et on employa l'huile de morue, qu'on administra d'abord en petites doses et qui fut bientôt portée à celle d'une cuillerée à bouche 4 fois par jour. L'amélioration ne se fit pas attendre; déjà au bout de peu de semaines la fièvre cessa, la malade reprit du sommeil, de l'appétit et de la gaîté, la tumeur de l'articulation s'affaissa, le pus prit un meilleur aspect; plusieurs ouvertures commencèrent à se fermer, et l'extrémité revint à sa longueur naturelle. L'embonpoint augmenta sensiblement, et bientôt l'enfant avait repris ses forces au point qu'elle put se lever, même se tenir debout et marcher un peu en boitant. Quelques semaines plus tard, les ulcères, sauf deux, s'étaient entièrement cicatrisés. Ceux-ci ne donnaient issue qu'à une petite quantité de sérosité purulente.

Maintenant la malade, après avoir pris en tout 40 onces d'huile de morue, est entièrement rétablie, bien nourrie; jouit d'une santé excellente, et grandit considérablement; la claudication disparaît insensiblement. Les parens de l'enfant sont d'ailleurs sains; la nourrice, qui lui a donné son lait, n'est pas moins bien portante; et l'enfant a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au début de cette maladie. On ignore la cause externe qui aura pu occasionner cette affection.

III. *Efficacité des bains de sublimé contre la syphilide.*

Une femme, âgée de 30 ans, mère de plusieurs enfans, fut atteinte d'une éruption répandue sur toute la surface de la peau, dont la nature était syphilitique. Il y a deux ans cette femme avait éprouvé un *fluor abbus* avec dysurie, qui avait disparu. Bientôt après succédèrent des ophthalmies, puis des douleurs ostéocopes, et finalement la syphilide. Le diagnostic fut confirmé par l'aveu du mari, qui disait avoir eu un chancre au pénis. M. Malin, médecin consulté par la malade, lui prescrivit d'abord le traitement de Berg. Celui-ci étant resté sans succès, il employa le sublimé d'après la méthode de Dzondi; la syphilide loin d'être modifiée par ce dernier traitement, ni par l'emploi subséquent de la décoction de Zittmann, fit de continuels progrès, et envahit la figure, qui était restée intacte jusqu'ici. Dans ces circonstances M. Malin résolut de faire usage du bain de sublimé.

Les premiers six bains furent composés chacun d'une demi-once de sublimé; pour les six suivans on employa 6 onces pour chacun, et on en éleva enfin la dose jusqu'à une once aux six derniers. La malade resta toujours pendant une demi-heure et même plus longtemps dans le bain tiède, et ne se plaignit jamais d'aucun symptôme qu'on eut pu attribuer au médicament. Après 18 bains, l'éruption avait totalement disparu, et il ne reste pas même jusqu'aux taches cuivrées de la peau. Plusieurs mois se sont écoulés depuis, et la femme n'a pas éprouvé de rechute.

La seule trace qui reste, est un teint brunâtre aux endroits occupés par l'éruption.

IV. *Guérison du tic douloureux par l'emplâtre de tartre stibié.*

Une femme sexagenaire était atteinte depuis nombre d'années d'une névralgie périodique, qui par la violence de la douleur faisait son désespoir. Dans les intervalles des accès la malade se portait assez bien. Au moment du paroxisme les muscles de la face et l'orbiculaire des paupières se contractaient spasmodique-

ment. Toute la figure était alors remarquablement pâle et les traits portaient l'expression d'une profonde souffrance.

On ne sait à quelle cause assigner l'origine du mal, sinon à un refroidissement. Une foule de remèdes, des frictions, des vésicatoires, des narcotiques, le carbonate de fer, etc., avaient déjà été employés sans aucun succès; la douleur gagna néanmoins toujours en intensité, et la malade dépérit. Dans un de ces accès, où la violence de la douleur la porta à vouloir se suicider, M. Hausbrandt fit appliquer sur le côté douloureux de la face un emplâtre ainsi composé :

Pr. : Empl. resinæ Pini ℥j;
Resinæ Pini unc. sem.;
Terebenth. Venet. ℥iij;
Liquat. adm. Tart. stibiati ℥j ℈.

Après 24 heures de l'application de cet emplâtre, la malade éprouva une démangeaison et une chaleur sur toute la surface qui en était couverte et la douleur névralgique cessa. Plusieurs jours après, lorsqu'on enleva l'emplâtre, on trouva tout le côté de la figure couvert de pustules et d'ulcères, qui faisaient beaucoup souffrir; souffrances qui cependant étaient supportables en comparaison de celles qu'elles remplaçaient. La guérison de ces excoriations s'opéra insensiblement par le moyen d'un simple onguent et depuis ce temps (neuf mois) la malade n'a plus éprouvé de nouvel accès de tic douloureux.

(*Medicinische Zeitung.* N° 1. 1836.)

V. *Danse de Saint-Guy, guérie par l'attouchement d'une barre de fer.*

Une fille, âgée de 21 ans, dont les règles s'étaient supprimées par suite d'une frayeur, se plaignait depuis six mois d'un relâchement général des membres et présentait les symptômes de la chorée. La menstruation reparut par l'usage de remèdes appropriés; mais cet écoulement périodique ne changea rien à la chorée. Cette dernière cessait chaque fois que la malade prenait un morceau de fer dans la main, et en faisant répéter cette manipulation plusieurs fois, elle finit par obtenir sa guérison.

VI. *Guérison de l'ascite par les frictions avec la poudre de scille.*

Un homme, âgé de 41 ans, atteint d'ascite depuis deux ans et montrant une répugnance extrême pour les médicamens, fut guéri par le moyen des frictions pratiquées sur le ventre avec un mélange de poudre de scille et de graisse de porc, faits deux fois par jour.

(*Medicinische Zeitung.* N° 4. 1836.)

VII. *Exemples de métastases consécutives à des affections externes.*

a. L'extirpation d'un petit kyste, du volume d'une noisette, situé au côté gauche de la tête et s'engorgeant de temps à autre avec douleurs, fut suivie de la métastase d'une matière arthritico-herpétique (?) sur les poumons, dont l'affection alternait avec des douleurs arthritiques dans les articulations; le malade n'avait cependant pas eu la goutte avant l'opération.

b. La guérison d'un ulcère herpétique au nez, durant depuis plusieurs années fut suivie d'un hydrocèle.

c. Chez une petite fille, âgée de deux ans, et saine d'ailleurs, les parens avaient fait disparaître une éruption de la tête par l'emploi d'une embrocation huileuse. Il survint bientôt un état soporeux avec *suppressio alvi et urinæ*, dont on ne put plus réveiller l'enfant, qui expira le 3e jour sans convulsions.

VIII. *Observations de Trichoma.*

a. M. Davidsohn, de Dantzic, auquel ces observations sont dues, rapporte celle d'une fille, âgée de 20 ans, qu'il trouva à sa première visite dans un état asthmatique tel que l'expiration et l'inspiration ne semblaient constituer qu'un seul acte et qu'on avait lieu de craindre à chaque moment la suffocation. Pouls très-accéléré, face rouge et enflée, yeux injectés, soif excessive malgré l'humidité de la langue, élancemens vifs dans le côté gauche de la poitrine, palpitations, parole difficile et entrecoupée, peau sèche et parcheminée, angoisse et oppression extrêmes; tels sont les principaux symptômes attribués par la malade à un léger refroidissement. Malgré l'absence de toux et d'expectoration, on pratiqua en deux jours trois saignées, chacune de 12 onces; des sangsues, des vésicatoires et des sinapismes furent appliqués sur le côté douloureux de la poitrine; on administra à l'intérieur du calomel à hautes doses, plus tard la digitale, sans que ces remèdes changèrent en rien l'état de la malade. Après 14 jours des souffrances les plus atroces, il se forma en une seule nuit une *plique*, qui intéressait toute la chevelure, et la fille se rétablit insensiblement.

b. Une fille, âgée de 24 ans, atteinte depuis cinq ans de spasmes qui avaient revêtu toutes les formes imaginables de convulsions, de chorée, d'opisthotonos jusqu'au somnambulisme, avait consulté un grand nombre de médecins pour cette affection. Au moment où M. Davidsohn fut consulté, la plique commençait à se développer, et à mesure qu'elle fit des progrès, tous les phénomènes spasmodiques disparurent.

c. Un troisième malade présenta l'image d'une phthisie pulmonaire au dernier stade, à un tel point que le traitement employé ne fut que symptomatique. Il se forma une plique et depuis ce temps l'individu, âgé maintenant de 45 ans, jouit d'une santé parfaite.

(*Medicinische Zeitung.* N° 5. 1836.)

IX. *Emploi interne et externe de la créosote dans le rhumatisme, la goutte et la syphilis.*

M. Elsholtz, a essayé la créosote d'après la méthode de Reich dans un cas de rhumatisme chronique très-rebelle, qui depuis 7 mois avait résisté à tous les re-

mèdes anti-arthritiques. Le malade commença, par 15 gouttes par jour en pilules, sans qu'il en résultât aucun soulagement.

L'emploi externe de la créosote, d'après l'indication de M. Fricke, de Hambourg, dans les *condylomes*, fut très-efficace. Employé dans une dissolution assez forte, cet agent fit disparaître en peu de temps une sorte de condylomes *pointus* du pénis; cette tumeur ne reparut plus comme cela arrive fréquemment après l'usage d'autres caustiques.

(*Medicinische Zeitung*. N° 7. 1836.)

Bains de vapeurs russes, dans le traitement du trismus des enfans nouveau-nés; par Schoefer, de Varsovie.

Personne n'ignore que le trismus des enfans nouveau-nés est un mal rebelle jusqu'à présent à toute sorte de médication, rationnelle ou empirique. C'est ce qui nous engage à communiquer le fait suivant: Un enfant de la classe aisée, présenta dans les premières semaines de son existence, les symptômes généraux du trismus, à un tel degré, que quatre médecins appelés dans les 48 heures, déclarèrent le rétablissement de l'enfant impossible, sans cependant négliger aucun moyen indiqué par la théorie et l'expérience. En désespoir de cause, le père voyant son enfant perdu, se résout d'aller avec l'enfant et la nourrice aux bains de vapeurs. Il fait déhabiller, et flotter l'enfant doucement dans une température élevée; en peu de temps l'enfant fut couvert d'une sueur générale, et chose étonnante, après environ 15 minutes, la mâchoire raide commence à devenir mobile. Le père reste encore aux bains, continue les manipulations, et à peine une demie heure s'était-elle écoulée, que l'enfant ouvre la bouche, et prend le sein de la nourrice. Le même procédé est répété le second et troisième jours, et l'enfant se rétablit. Ce traitement tout empirique qu'il puisse paraître, ne manque cependant par de rationnalité, lorsqu'on considère que la suppression subite de la transpiration cutanée est la cause la plus fréquente, sinon unique, de cette formidable maladie des enfans. Bien que ce moyen ait été recommandé dans les manuels, il n'a été qu'exceptionnellement mis en usage, soit par le défaut d'occasion, soit à cause des préjugés des parens, ou par défaut d'expériences concernant ses effets.

(*Medicinische Zeitung*. N° 9. 1836.)

Expérience sur l'acarus de la gale, par M. Koehler, de Berlin.

Convaincu de l'existence de l'acarus dans la gale de l'homme, je tâchai de retirer de cette conviction quelques avantages pour la pratique, en m'occupant de la question de savoir *si l'acarus humanus est cause ou effet de la gale*. Pour résoudre ce problème, je fis les expériences suivantes dans la section des galeux, à l'hôpital de la Charité.

1° Je pris deux acarus bien remuans, et je les appliquai à une infirmière, qui avait soigné les galeux depuis deux ans, sans avoir jamais été infectée. Cette application se fit sur le milieu de la surface interne de l'avant bras droit, que je recouvris ensuite d'un morceau de taffetas ciré, de la grandeur d'un pouce carré, fixé à l'aide de bandelettes agglutinatives. Lorsque j'enlevai le taffetas après trois fois 24 heures, les deux animalcules avaient percé l'épiderme à l'endroit où on les avait appliqués, et chacun d'eux avait formé un sinus long d'une ligne et demie à deux lignes, et rempli de lymphe transparente, au bout duquel l'acarus était visible et se manifestait sous l'aspect d'un point brunâtre. La peau dans le pourtour immédiat de ces sinus, ne montra rien d'anormal, mais au côté interne de l'articulation du poignet et du coude, environ trois pouces au-dessus et au-dessous de l'endroit où les acarus se trouvaient, on apercevait un groupe de pustules, au nombre de huit à douze, caractérisées comme pustules de gale tant par leur forme que par la démangeaison vive qu'elles occasionnaient; à l'endroit où se trouvaient les acarus, la femme n'éprouvait qu'une démangeaison légère. On recouvrit de nouveau la partie d'un morceau de taffetas ciré. En examinant le bras trois jours plus tard, non-seulement tout le côté interne de l'avant bras, mais même le côté interne du bras jusqu'au milieu était couvert d'une foule de pustules, qui produisirent une démangeaison tellement forte, qu'elles avaient privé l'individu de sommeil pendant deux nuits. Les sinus des acarus n'étaient presque pas altérés; à peine paraissaient-ils être un peu alongés? Toujours leur pourtour immédiat était resté libre de pustules. Le neuvième jour, la lymphe des sinus commença à se dessécher, et ils prirent l'apparence pointillée qu'on remarque à des sinus d'ancienne date. L'éruption s'était étendue jusqu'au creux de l'aisselle. Je m'étais proposé d'enlever le lendemain les acarus pour voir si l'éruption disparaîtrait en même temps ou si elle continuerait à s'étendre. Mais l'individu ayant appliqué de l'huile de térébenthine à l'endroit où ces animaux se trouvaient, la peau s'enflamma, et les acarus, probablement tués par l'action de cette substance, ne purent être retrouvés.

2° On appliqua à la même infirmière six jours après le commencement de la première expérience, de la lymphe limpide, prise des pustules d'une autre malade, qu'on inocula, à l'aide de quatre piqûres à la surface interne de l'avant-bras gauche. Le troisième jour, peu de réaction se manifesta à deux de ces piqûres et le sixième jour toute trace de l'inoculation avait disparu. Deux expériences du même genre, faites sur un autre individu et sur moi-même, donnèrent le même résultat. J'éprouvai immédiatement après l'inoculation une légère cuisson qui cessa après une demi-heure, sans qu'il s'en suivit d'autre réaction.

3° Je pris quatre *acarus* et je les appliquai à la surface interne de l'avant-bras d'un infirmier à la distance d'un

pouce l'un de l'autre en ayant soin de couvrir cette partie, comme dans les cas précédens. L'individu éprouva aussi à l'endroit où se trouvaient ces animalcules, une démangeaison vive, qui continua pendant 5 à 6 jours presque sans interruption. En levant l'appareil le troisième jour on trouva les quatre acarus qui avaient pénétré à l'endroit de l'application; deux d'entre eux avaient formé des pustules simples, de la grandeur d'une tête d'épingle; les pustules des deux autres se distinguaient par un sinus court et rempli de lymphe; la peau de pourtour des acarus était saine, mais en dehors de l'appareil contentif qui avait à peu près la largeur de deux pouces carrés, on aperçut quelques pustules légèrement rouges, dont on pouvait exprimer une lymphe limpide. Le sixième jour tout se trouvait encore dans le même état. Il ne s'était pas formé de nouvelles pustules et les anciennes commençaient à se racornir. Voulant retrouvrer les acarus le neuvième jour, je n'en trouvai qu'un seul, qui, sous le microscope, était immobile.

Afin de m'assurer si la gale disparaîtrait sans le concours d'autres remèdes, par l'enlèvement des acarus, je commençai par enlever tous ces animalcules de la surface cutanée de quelques individus atteints de cette affection. Quoique chez ces individus le corps fut couvert d'éruptions, on ne trouva cependant les animaux qu'aux mains; en effet, en les enlevant, l'éruption commença le lendemain à se dessécher, et quinze jours d'usage de bains simples répétés d'un jour à l'autre, suffirent ordinairement pour faire disparaître cette maladie, sans qu'on eut besoin d'employer intérieurement ou extérieurement le soufre ou d'autres remèdes. Je multipliai ainsi le nombre de mes expériences qui donnèrent toujours le même résultat, savoir : présence des acarus sur les mains, et disparition de l'éruption aussitôt qu'on avait enlevé les animalcules.

Vingt-sept individus des deux sexes furent guéris de cette manière. Chez un d'entre eux, la cure exigea trente-neuf jours pour être complète; c'est celle qui se fit le plus longtemps attendre. Chez un autre, elle ne dura que deux jours, celle-ci fut la plus prompte; le total des jours exigés pour la guérison de tous étant 449, la moyenne est donc de 17 jours.

Après avoir constaté que les acarus ne se trouvent qu'aux mains, je me bornai à n'examiner que celles-ci. Cela a suffi dans tous les cas, sauf, un où un groupe de pustules dans la région du creux de l'aisselle ne voulant pas disparaître, un examen attentif fit découvrir à cet endroit un acarus avec son sinus. Or, les cas où l'infection à lieu par d'autres parties, et surtout par les pieds sont sans doute très-rares. Chez quelques individus on ne trouve pas du tout d'acarus et chez ceux-ci l'éruption disparut par les bains de propreté. Dans les cas où l'éruption a été rebelle, et où de nouvelles pustules se reproduisaient aux mains et aux avant-bras, je finis toujours par découvrir un acarus qui avait jusque-là échappé à mes recherches, et dont la soustraction faisait cesser l'éruption.

Le procédé de chercher les acarus les uns après les autres étant trop pénible, je pensai à trouver un moyen plus simple de les enlever. On aurait pu atteindre ce but par des frictions avec l'onguent soufré ordinaire, mais voulant d'une part prouver que le soufre n'est pas un spécifique contre la gale et trouver une méthode qui put éloigner des hôpitaux l'odeur désagréable de cette substance, je fis frotter par le malade deux briques l'une contre l'autre, au-dessus d'un vase plat. La poudre fine qui en provint, transformée en bouillie avec l'eau servit aux frictions que je fis faire sur les mains jusqu'aux poignets. Les frictions furent répétées deux fois par jour, jusqu'à l'éraillement de l'épiderme, et jusqu'à ce que l'aspect des mains fit présumer que tous les acarus étaient tués mécaniquement. Ce procédé suffit pour faire diparaître en 10, 14 jusqu'à 20 jours, l'éruption quel que soit son degré.

Le même succès fut obtenu au moyen de l'huile de térébenthine, substance qui tue l'acarus le plus promptement chez les chevaux. (*Médicinische Zeitung*, n° 9. 1836.)

Résultat de l'autopsie de 27 bêtes à cornes tuées par la foudre; par Tobias.

Un vacher du cercle de Trêves s'était refugié avec son troupeau, pendant un orage, sous un arbre, se vit tout à coup entouré d'un éclair effrayant, comme une pluie de feu, et tomba sans connaissance. Il ne recouvrit ses sens qu'après une demi-heure, et se trouva au milieu de 27 bêtes à cornes tuées par la foudre. Voici le résultat des autopsies faites 21 heures après l'accident.

Sur tous les cadavres, et notamment sur 21, on trouve au *côté gauche* des stries très-manifestes, larges de deux lignes, dues à la combustion du poils qui s'étendait en zigzag, vers le creux du jarret, les tétines, les lombes et le trumeau. Ces stries sont tout au plus larges de 4 lignes dans quelques endroits; et surtout à leur terminaison, elles passent dans des fossettes de la grandeur d'une pièce de cinq francs formées par la combustion; là où plusieurs lignes suivent la même direction, elles divergent. Chez six de ces animaux on ne remarque aucune trace extérieure.

Tous les cadavres présentaient déjà (21 heure après la mort) un haut degré de putréfaction, favorisé par l'élévation de la température (5 juillet 18° R.). L'estomac et les intestins étaient énormément distendus par des gaz. Il s'écoula un sang dissous très-noir ou une sérosité jaune rougeâtre des différentes ouvertures du corps, de la gueule, des narines, de l'anus, etc., et chez quelques-unes même des tétines. Les muqueuses de ces ouvertures font saillie, et sont d'un rouge bleuâtre ou noir. Les yeux sont fort injectés et les endroits privés de poils au ventre et à la poitrine d'une couleur rouge bleuâtre; après avoir enlevé la peau, on trouva aux endroits correspondans aux lignes susmentionnées, de fortes ecchymoses. Les veines sont généralement engorgées d'un sang dissous et noir.

La plupart des organes, l'estomac, l'épiploon, le mésentère, les intestins, le foie, étaient engorgés de sang noir. La rate était flasque, le parenchyme formait une bouillie, et contenait du sang gluant comme du goudron : telles étaient les qualités du sang contenu dans les veines caves et le système de la veine-porte.

Chez une bête, que la foudre avait traversée, la langue fut trouvée dénudée d'épitélium du côté droit, le voile du palais était fendu et l'épiglotte détruite. La *trachée artère* même était fendue dans toute sa longueur, depuis le larynx jusqu'à sa bifurcation, dans le milieu de la paroi postérieure, comme si elle était divisée avec un couteau. Sa cavité ainsi que celle des bronches, étaient remplies de caillots de sang noir. Les poumons de cet animal étaient engorgés de sang. Il y en avait également une grande quantité dans l'oreillette et le ventricule droit du cœur.

Quoiqu'on trouva la même rougeur dans le larynx, la trachée artère et les poumons des autres animaux, il n'y avait pas chez eux de déchirement des tissus. Mais dans tous les cas la moitié droite du cœur, était remplie d'une grande quantité de sang gluant comme il a été dit plus haut. La structure et la densité du cerveau, de la moelle, et de leurs enveloppes, les nerfs pneumogastriques et sympathiques, ne paraissaient en rien altérés.

Le rapporteur de cette observation s'appuyant surtout sur la carbonisation excessive du sang, sur son accumulation dans les cavités droites du cœur, l'état des poumons, et la rapidité avec laquelle la putréfaction eut lieu, inféra que l'irritabilité du système nerveux et avec elle l'activité du cœur et des poumons avaient été anéanties par la secousse et l'effet paralysant de la foudre; il regarde cette mort comme due à l'asphyxie.

Jusqu'ici on a toujours maintenu que chez des individus frappés par la foudre, ou chez des animaux tués par l'électricité, on ne trouve jamais une lésion organique suffisante pour expliquer la mort. Le docteur Andrieux dit cependant avoir trouvé sur des animaux tués par des décharges électriques, des déchirures du cerveau. (*Medicinische Zeitung.* N° 10. 1836.)

Sur une nouvelle espèce de contracture dans l'articulation du genou; par R. Froriep.

Il arrive assez fréquemment qu'à la suite d'inflammation dans le voisinage de l'articulation du genou, le tissu cellulaire perd son élasticité, ou que les ligamens articulaires s'engorgent et s'épaississent, contractent même des adhérences avec les parties environnantes. Il est encore plus fréquent que les muscles et les tendons contractent de pareilles adhérences avec les parties par suite d'ulcères profonds et d'abcès fistuleux, ou qui se transforment en cicatrices qui rendent les mouvemens impossibles. Dans tous ces cas de contracture de l'articulation du genou *l'altération morbide de quelques* tissus dans le voisinage de l'articulation est la cause de cette difformité.

Il y a une autre espèce de raideur qui se montre dans plusieurs articulations et surtout à l'articulation du genou, où les tissus et les organes en rapport avec les articulations, n'ayant pas subi de désorganisation sensible, la contracture n'existe pas moins que dans les espèces que nous venons de rapporter. Nous rencontrons ce dernier genre de contracture lorsqu'une extrémité a été longtemps immobile dans la même position; par exemple après un long traitement de fracture, dans les cas d'ulcères douloureux ou de névralgie, où la douleur oblige le malade de conserver longtemps la même position: dans les abcès profonds, où un membre doit être placé constamment de manière à favoriser l'écoulement du pus, dans des paralysies, etc. Dans ces cas où il est impossible d'indiquer une cause organique de l'immobilité, on se contente ordinairement de l'expliquer par un *raccourcissement* ou une *rétraction des muscles.*

N'oublions cependant pas qu'on ne peut croire à un raccourcissement permanent des muscles (lorsqu'il n'y a pas perte de substance, formation de cicatrice ou adhérence avec les parties voisines) qu'en supposant un spasme permanent des fibres musculaires résultant d'une excitation continuelle, comme par exemple d'un ulcère; contraction qui ne saurait avoir lieu que dans les muscles, sur lesquels la cause excitante agit directement. Or, dans tous ces cas il faudrait qu'on put prouver le rapport anatomique du stimulus local avec les muscles contractés par l'excitation: chose qui est loin d'avoir toujours lieu. Avant que Dupuytren eut démontré que la rétraction des doigts vers la face palmaire dépend d'un raccourcissement de l'aponévrose palmaire, on croyait généralement que cette courbure des doigts était due à une rétraction des muscles fléchisseurs et, appuyé sur cette supposition, on coupa les tendons de ces muscles, et on renvoya les malades avec les doigts complétement raides. Dupuytren, et depuis lui un grand nombre de chirurgiens, n'ont incisé dans ces cas que la peau et les stries tendineuses sous-cutanées, qui s'étendent de l'aponévrose palmaire aux phalanges et à la peau des doigts, opération qui a rendu à un grand nombre de malades la parfaite mobilité de leur main.

Cette expérience est propre à faire naître la supposition qu'il pouvait en être de même de beaucoup d'autres cas où on supposait une rétraction musculaire, et que les contractures d'autres articulations aussi, au lieu de dépendre des muscles, étaient dues aux enveloppes aponévrotiques des membres. Voilà ce qui a attiré mon attention depuis plusieurs années sur ce genre de contraction de l'articulation du genou qui est indépendante de cicatrice ou d'autres altérations organiques des parties articulaires et de leurs annexes.

On a souvent occasion d'en voir des exemples et presque toujours on trouve que la jambe formant un angle droit avec la cuisse ne peut être ni étendue ni fléchie. C'est ordinairement un ulcère carié sur le dos du pied, sur

la crête du tibia, des névralgies, des abcès, etc., qui donnent lieu à cette contracture du genou. Toutes les fois que j'examinai dans ces cas l'état des muscles de la cuisse et de la jambe, je ne découvris jamais une contraction permanente des muscles du jarret ou des muscles fléchisseurs postérieurs de la cuisse; au contraire je les trouvai flasques et mous, et je m'aperçus même que lorsque je voulais tendre la jambe sans la coopération du malade, ce ne furent pas les muscles fléchisseurs qui y mirent obstacle, c'était au contraire la partie du *fascia-lata* qui recouvre la fosse poplitée, qu'on sentait dure et tendue dans ces essais d'extension; et il fut facile de reconnaître avec un peu d'attention, que cette tension ne s'étendait ni en haut ni en bas à la partie charnue des muscles. Une autre altération de l'articulation du genou, que je remarquai quelquefois dans ces cas, était une saillie en avant du genou, chaque fois qu'on voulait étendre la jambe, phénomène contraire à ce qu'on aurait dû attendre dans ce mouvement. Je trouvai bientôt l'occasion d'examiner anatomiquement l'état des parties dans ce genre de contracture.

Une femme âgée de 53 ans, affectée d'un ulcère carieux, dans le voisinage de la malléole interne; mourut d'une fièvre hectique. Sans entrer dans les détails de l'histoire de la maladie, je ferai seulement remarquer que la jambe que la malade avait toujours tenue fléchie sur le côté externe, position dans laquelle elle supportait mieux les douleurs de l'articulation du pied, ne pouvait plus être étendue. En disséquant l'extrémité malade, on trouva partout la peau et le tissu cellulaire sous-cutané élastique et à l'état normal. Les muscles fléchisseurs de la cuisse coupés transversalement dans leur partie charnue, on ne remarqua pas de changemens à la contracture; il ne pouvait plus y avoir de doute que la contracture dépendait de la contraction ou d'un raccourcissement des muscles fléchisseurs, lorsque la division des muscles jumeaux et soléaire dans le milieu du mollet, ne changea rien non plus à l'état de la contracture; les fibres du fascia-lata et du fascia cruris étaient normales; *mais à chaque essai qu'on faisait pour étendre l'articulation, on vit manifestement que la contracture était due au fascia-lata et à ses attaches.* Il y avait tension des prolongemens latéraux du *fascia-lata*, tension qui s'étendait aux expensions digitées des fibres tendineuses situées sur les deux côtés de l'articulation du genou, et connues sous le nom de *pattes d'oies;* cette tension était la plus forte dans le prolongement droit de l'aponévrose intermusculaire qui aboutissait au bord inférieur de la rotule et qui à chaque essai d'extension, tira fortement le ligament de la rotule en dedans. Cette tension produisait aussi la saillie du genou en avant; il était évident que la tension des prolongemens tendineux, des aponévroses intermusculaires des deux côtés, furent la cause unique de la contracture; parce que cette dernière cessa aussitôt qu'on eut incisé les deux aponévroses intermusculaires sur le bord inférieur des condyles du fémur. J'ai constaté le même résultat dans deux autres cas; l'espace manque pour en donner les détails.

Ce changement du *fascia-lata* sans altération concomittente de son tissu, semble provenir d'une propriété particulière des membranes tendineuses, à laquelle on n'a pas encore fait assez attention jusqu'ici. Ces membranes ont plus que tout autre tissu du corps, la faculté de s'*adapter d'une manière intime à des changemens considérables de forme et de volume des parties qu'elles protègent*, quoique leur ténacité fait supposer le contraire. C'est ce qui explique l'origine des contractures des articulations, lorsque celles-ci ont été maintenues longtemps dans la même position.

Il y a deux moyens pour remédier à ce genre de contracture; ou en incisant les parties de l'expansion aponévrotique qui, par leur raccourcissement ou leur densification s'opposent à l'extension, ou en appliquant une extension plus forte que la résistance de la fibre aponévrotique, qui force cette dernière progressivement à reprendre son ancienne flexibilité.

Le premier procédé fut employé avec succès par Dupuytren, dans les cas de rétraction des doigts; ici certainement, elle mérite la préférence sur l'extension: 1° parce qu'en incisant les stries aponévrotiques, la guérison se complète en moins de 15 jours; 2° parce qu'il est difficile d'appliquer à la petite surface des doigts une extension suffisante pour obtenir l'effet qu'on veut atteindre. Il en est autrement de l'articulation du genou. D'abord il n'importe pas autant, si dans le cas de contracture de cette articulation la guérison s'opère en huit jours ou en six semaines; et d'autre part, la surface étendue de l'extrémité inférieure, permet l'application de machines actives d'extension en même temps que les os longs du fémur et de la jambe forment des leviers naturels, à l'aide desquels on peut agir sur les parties qui dans le voisinage des articulations empêchent leur mouvement. Aussi l'expérience a-t-elle déjà constaté l'utilité de l'extension à l'aide de machines convenables, comme par exemple celle de Lafond. Le résultat de ce traitement serait encore plus heureux si on ne permettait pas aux machines d'agir longtemps dans une seule direction et en condamnant le pied à une immobilité complète. De cette manière on donne lieu à l'état opposé, c'est-à-dire, que le genou qui, auparavant était raide dans la flexion, l'est après dans l'extension, chose qu'on n'évitera que lorsque, tout en continuant l'extension, on fera exécuter journellement au membre contracté des mouvemens passifs, de flexion et de tension alternatifs.

(*Medicinische Zeitung.* N° 12. 1836)

Question de prix proposée par la Société allemande de médecine à Saint-Pétersbourg, sur l'ophthalmie d'Egypte.

Un particulier qui a fait la triste expérience d'apprécier sur lui-même les ravages de l'ophthalmie d'Egypte, désire, dans l'intérêt de l'humanité, qu'on étudie de nouveau la nature de cette affection et qu'on cherche

à en connaître le traitement le plus efficace. A cette fin, il a remis mille rubel B A (environ cent ducats) à la Société allemande de médecine à Saint-Pétersbourg, en la chargeant de proposer une question de prix sur la susdite maladie, de juger les mémoires envoyés et d'accorder sans partage le prix au mémoire qui répondrait le mieux au but que s'est proposé le philanthrope.

Répondant au désir du fondateur du prix, la Société engage les médecins-oculistes du pays et de l'étranger, d'envoyer un *mémoire complet sur l'ophthalmie d'Egypte.*

Sans vouloir en rien entraver la marche des idées des concurrens, la Société estime cependant nécessaire, pour atteindre le but de la question, que les concurrens satisfassent pleinement aux points suivans :

1° Décrire la maladie exactement d'après les différentes périodes depuis les premiers indices de son développement jusqu'à sa complète disparition, et considérer les signes différentiels de cette ophthalmie d'avec d'autres affections oculaires qui lui ressemblent. Des dessins d'après nature seraient un accessoire fort désirable. Les auteurs feront ressortir les différences remarquables données par les divers auteurs, et examineront si ces différences sont dues à la diversité des localités et des époques où cette ophthalmie a été observée, ou à la défectuosité de l'observation.

2° Faire connaître la nature pathologique de cette affection. Les auteurs démontreront la différence avec d'autres affections analogues et entreront dans l'examen théorique et pratique si l'ophthalmie d'Egypte est une maladie *sui generis*, ou si elle n'est qu'une modification d'une autre forme d'affection oculaire. C'est ici qu'il faut décider par des faits, la question de savoir, si la maladie est ou non contagieuse. Dans l'affirmative de la contagiosité il reste à savoir si la maladie, pour se former, a toujours besoin de l'influence d'une contagion préexistante ou si cette contagion peut se développer de prime abord. De quelle espèce sont dans ce cas les conditions qui déterminent et favorisent un pareil développement? Ce n'est que sur ces bases qu'on peut établir l'étiologie de la maladie en question. En énumérant les diverses causes de la maladie, il est nécessaire de recueillir tout ce qui est aujourd'hui connu sur le mode de ce développement et l'extension de la maladie.

3° Donner une thérapeutique complète et basée sur de nouvelles expériences de l'ophthalmie d'Egypte dans toutes ses formes et périodes, et soumettre à l'examen critique les diverses médications employées contre ce mal.

4° Indiquer soigneusement les mesures à prendre par la police médicale, afin de prévenir l'invasion de la maladie, et à en arrêter les progrès. A cet égard, et le soldat, et les habitans (dont une partie constitue les armées, et chez qui retournent les militaires malades) doivent également être pris en considération.

Bien que les points précédens constituent la partie essentielle de la question, la Société croit cependant devoir énoncer le désir sans qu'elle y rattache le même prix, que les concurrens tâchent de répandre du jour sur l'histoire du mal. Cette maladie a-t-elle jamais paru en Europe avant l'expédition des Français et des Anglais en Egypte? Que trouve-t-on sous ce rapport dans les écrits des voyageurs et des indigènes non médecins? Y a-t-il des rapports de connexion entre les diverses épidémies de ce mal, observées depuis plus de 30 années?

Les mémoires écrits en langue latine, russe, française ou allemande, doivent être envoyés avec épigraphe et nom d'auteur scellés, jusqu'au 15 sept. (27 sept.) 1837, *franc de port au secrétaire de la Société allemande de médecine à Saint-Pétersbourg.* La décision du jury sera connue, l'anniversaire de la fondation de la Société 21 janvier (2 fevrier) 1838. Le mémoire couronné sera imprimé dans les annales de la Société. Les mémoires non couronnés seront rendus si les auteurs non connus le désirent.

Saint-Pétersbourg, 21 janvier 1836.

Dr Busch, *Directeur.* — Seidlitz, *Secrétaire.*

Question de prix proposée par la Société des médecins en correspondance (correspondirende Aerzte) à Saint-Pétersbourg.

Cette Société part de la conviction que tous les cas de maladie qui se terminent (favorablement) sous l'emploi du traitement homœopathique, ne représentent que des exemples du développement naturel d'un travail morbide dans l'organisme, développement que les médecins rationnels laissent s'opérer en faisant la médecine expectante, et dans cette conviction elle demande :

Qu'on soumette toutes les histoires de malades qui se trouvent dans la littérature *homœopathique*, à un choix et à un examen critique, propre à faire ressortir de ces observations le plus clairement possible, la marche de développement tant de classes et de genres entiers d'affections pathologiques que des maladies considérées hors leur connexion avec le système. La Société demande qu'on trace un parallèle des résultats de ces recherches d'avec les lois de développement du travail morbide, telles qu'Hippocrate en a jeté les bases. Aussi faut-il faire ressortir les phénomènes qui ont ordinairement précédé soit l'issue heureuse ou funeste des maladies traitées par la méthode homœopathique et leurs *métaschematismes,* lorsqu'on peut en découvrir.

C'est dans le but de découvrir les lois de développement naturel (*Entwickelungs-Normen*) des phénomènes pathologiques dans l'organisme humain par le moyen d'un examen critique et complet des observations homœopathiques, que la Société se sent engagée à provoquer ce travail, afin que l'apostasie remarquable des médecins dits homœopathes tourne du moins autant que possible au profit de la médecine rationnelle. Mais elle désire que les concurrens évitent toute espèce de

polémique contre l'homœopathie comme système, et contre les homœopathes comme médecins.

Les mémoires, écrits en langue latine, russe, française et allemande, avec épigraphe et nom d'auteur scellés, doivent être adressés franc de port avant le 15 (27, juillet) 1837, à *M. Tufs, conseiller d'état et secrétaire permanent de l'académie impériale des sciences à Saint-Petersbourg.* Le prix, de *cinquante ducats* de Hollande, sera décerné le jour de l'anniversaire de la Société, le 26 novembre (8 décembre) à l'auteur du meilleur mémoire. La Société se charge de la publication du mémoire couronné et l'auteur recevra en outre du prix, les honoraires de libraire. Les mémoires non couronnés seront rendus à leurs auteurs, si ceux-ci le demandent.

Saint-Petersbourg, ce 28 janvier 1836.

Dr Weisse. Dr Seidlitz.

(*Medicinische Zeitung.* N° 13. 1836.)

SCHMIDT'S JAHRBUECHER

DER

IN- UND AUSLAENDISCHEN MEDICIN.

Guérison d'une phthisie pulmonaire ; par le Dr Egeling, de Haarlem.

Une femme, âgée de 27 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, est atteinte peu de temps après un accouchement prématuré d'une fièvre, avec toux légère et un peu de douleur dans le côté droit. Il s'y joint bientôt un peu d'expectoration sanguinolente, qui après 10 ou 12 jours devient muqueuse et ensuite épaisse et purulente. Cette expectoration devient tellement considérable que sa quantité s'élève journellement à 20 ou 30 onces, quantité qui cependant descend bientôt à 10 onces. Les matières expectorées ont un goût dégoûtant et putride et exhalent une odeur fétide, odeur que possède aussi l'haleine, surtout lorsque la malade tousse. Les lèvres et l'intérieur de la bouche sont d'un rouge vif et tellement sensible que tout ce que la malade mange lui occasionne des douleurs. La fièvre est continue, le pouls à 120 pulsations, la malade ne supporte que le décubitus dorsal. Le stéthoscope fait reconnaître une pectoriloquie évidente, quoique faible, pas immédiatement à l'endroit douloureux, mais plus entre l'épine du dos et l'omoplate droite, un peu au-dessus de l'angle gauche de cette dernière ; cet état persiste pendant environ six semaines, sauf que la douleur pleurétique disparaît insensiblement et ne se fait plus sentir par les profondes inspirations. La malade jusqu'ici n'a pas maigri beaucoup, parce que la disparition de la douleur de la bouche lui permet l'usage des alimens. Tout à coup l'émaciation devient plus sensible, la fièvre redouble l'après-midi et le soir. Les sueurs nocturnes sont copieuses, sommeil fort agité par les accès fréquens de toux ; diarrhée, faiblesse et dépérissement de plus en plus prononcé. Après avoir fait usage d'une foule de moyens la malade avait pris dans les dernières cinq à six semaines, tous les jours 4 à 5 verres à bierre de lait de vache, la décoction de quinquina, la poudre de semence de phellandrium avec le suc de cachou, et pendant quelques jours 3 à 5 grains d'agaric. Ce dernier agent diminua considérablement les sueurs nocturnes. La poudre de charbon à 30 gr. par jour avait fait disparaître presqu'entièrement l'odeur fétide de l'expectoration et de l'haleine. Dans la situation grave de la malade, ont eut recours comme à une dernière ressource, aux vapeurs développées dans les cuves des tanneurs, après que le cuir y est déjà tanné. On plaça deux vases remplis de tan et de ce que les tanneurs nomment *soupe acide* (Saure Bruche), dans la chambre de la malade, avec l'injonction de remuer cette masse de temps en temps et de la renouveller d'un jour à l'autre. On continua en même temps les autres moyens. Après une semaine et demie, l'expectoration, la toux et la fièvre avaient considérablement diminué ; et au bout de quinze jours ces symptômes disparurent entièrement. Le malade reprit des forces ; la nutrition se fit bien : un mois plus tard le stéthoscope ne découvrit qu'une trace fort douteuse de pectoriloquie. On continua encore pendant quelque temps avec les vapeurs de tan et les autres moyens ; cinq mois après le début du mal, la malade put être considérée comme parfaitement rétablie, et depuis un an elle est dans le même état.

Sur l'asthma thymicum; par G. Hirsch, de Koenigsberg.

L'asthma thymicum n'est pas une maladie rare. Quoiqu'elle ait déjà été observée par d'autres médecins anglais, c'est à Kopp qu'est dû le mérite d'avoir recueilli les faits isolés, et d'avoir établi des notions précises sur cette maladie en ajoutant à ces faits ses propres observations. D'après les observations connues jusqu'aujourd'hui cette maladie attaque les enfans de l'âge de trois semaines jusqu'à un an et demi, le plus souvent entre le 4me et le 10me mois. Elle est caractérisée par des accès de spasmes de la poitrine et d'angoisses. L'enfant perd subitement l'haleine. On n'observe qu'une inspiration sibilante extrêmement fine et imparfaite, indiquant le passage difficile de l'air à travers la glotte très-rétrécie. Chez quelques enfans cinq inspirations sibilantes se suivent, alternant avec des expirations à peine perceptibles dont le son ressemble au croup. Les accès sont-ils très-intenses, la respiration est complétement interceptée; c'est alors ou dans le commencement du paroxysme qu'on observe le cri aigu, qui est supprimé par la cessation complète de la respiration, ou on ne l'entend qu'au moment où l'accès finit. Toujours ce cri est le signe pathognomonique de cette maladie. Les autres symptômes du paroxysme sont des conséquences naturelles de l'embarras de la respiration ; tel que le décubitus renversé en arrière de l'enfant, l'état grippé, la couleur livide et pâle de la face, etc. L'accès cesse

après une ou deux et quelquefois après trois minutes. L'enfant crie encore pendant quelque temps de douleur, mais bientôt il reprend sa gaîté naturelle. Les enfans à constitution faible et surtout lorsque les accès ont été violens, restent pendant longtemps pâles, fatigués et somnolens. Dans les intervalles, l'enfant est tout à fait bien, et sa respiration est libre. Quoique M. Kopp prétende qu'on ne sent pas distinctement, pendant l'accès, les palpitations du cœur et que la langue se trouve un peu poussée entre les dents, l'expérience nous a appris que ce dernier signe manque chez beaucoup de malades, et qu'il est souvent difficile de distinguer les battemens du cœur, même chez les enfans bien portans. Les accès de suffocation ont lieu surtout au moment où l'enfant sort du sommeil, lorsqu'il crie ou se fâche ou lorsqu'il pénètre quelque corps étranger dans la trachée, ou dans d'autres circonstances qui exigent un travail respiratoire. D'abord les accès sont rares ; mais bientôt leur fréquence augmente, et ils se répètent dix à vingt fois par jour. Souvent la mort a lieu dans cette période et les enfans succombent asphyxiés pendant un accès. Mais plus souvent il leur succède un second stade, caractérisé par des convulsions générales et épileptiformes, qui fait mourir l'enfant dans un paroxysme suffocatoire-apoplectique. L'autopsie fait voir, outre les symptômes généraux de la mort par suffocation, un agrandissement considérable de la glande thymus. Par fois la dimension en longueur et en largeur prédomine, mais plus souvent l'épaisseur de cette glande est augmentée au point qu'elle refoule entièrement les poumons. D'autres fois la glande se trouve intimement unie à la trachée-artère, aux gros vaisseaux de la poitrine ou du cou qu'elle étreint pour ainsi dire. Le tissu de la glande est ordinairement normal, ou il est un peu plus dur, plus charnu, plus rouge, mais sans traces d'induration, de tubercules, etc. Il s'en écoule souvent un liquide laiteux propre à cette glande. Il ne faut pas confondre avec cette affection, les cas où on a trouvé une dégénérescence squirrheuse ou tuberculeuse de la glande thymus ; ni ceux où le thymus d'un enfant nouveau-né avait un volume tel, qu'il empêchait les poumons de se développer librement, et où la mort a eu lieu après peu de jours avec une respiration stertoreuse, une voix faible mais chevrotante, la déglutition difficile, et des accès fréquens de suffocation.

La durée de l'asthma thymicum est très-différente ; plus les accès sont fréquens et violens, plus la mort du malade est prochaine. Elle dure le plus souvent quelques mois. Si l'affection tend vers l'amélioration, les paroxysmes se perdent insensiblement et cessent le plus souvent après deux ou trois semaines. Ce sont surtout les enfans d'une constitution scrofuleuse qui sont disposés à cette maladie ; la plupart des mères de ces enfans ont été faibles, délicates, phthisiques, et quelques-unes disposées aux maladies de l'utérus. Cet asthme est fréquemment dû à une prédisposition héréditaire ; aussi attaque-t-il de préférence les enfans mâles. Toutes les maladies des voies aériennes, telles que le catarrhe bronchique, le croup, la coqueluche et la rougeole influent sur le développement de cette affection ; en effet, elle ne se développe le plus souvent qu'après l'une ou l'autre de ces maladies. D'autres fois ces dernières provoquent des recrudescences ou des réchutes de l'asthme, souvent même lorsqu'aucun accès ne s'est manifesté pendant plusieurs mois. La période de la dentition n'est pas moins dangereuse pour cet asthme. Quelquefois il est précédé ou suivi de trouble manifeste dans les fonctions de la digestion et de l'assimilation.

Le diagnostic de l'asthma thymicum n'est pas difficile ; on pourrait facilement le confondre avec les attaques nerveuses, qu'on remarque chez des enfans passionnés et qui perdent subitement l'haleine, lorsqu'ils se fâchent, crient, etc. ; ces accès n'ont lieu que dans la colère, mais jamais au réveil ou sans cause extérieure ; aussi les affections catarrhales n'exercent aucune influence sur ces accès. L'asthma thymicum se distingue de l'asthme de Millar, par le mode différent et par la plus longue durée de chaque accès, et par la marche aiguë de l'affection en général. Il est difficile de le distinguer de ces embarras dans la respiration chez les enfans, notés par Goëlich comme symptôme de l'hydrocéphale chronique (*Verkeuchen*); il reste encore à constater si on ne trouve pas en même temps un surcroît de développement de la glande thymus dans l'autopsie de ces malades atteints d'hydrocéphale.

Quant à la nature et à la cause de l'asthma thymicum, cette maladie se caractérise surtout par deux points : 1° un spasme périodique et tonique, qui intéresse les poumons, le larynx, la glotte, et peut-être même le cœur, spasme qui plus tard se propage sur tout le système cérébro-spinal sous forme de convulsions épileptiques et finit par amener la mort, soit par suffocation, soit par apoplexie ou asphyxie ; 2° une hypertrophie plus ou moins considérable de la glande thymus, dont la structure d'ailleurs n'est pas dégénérée, et qui en comprimant le cœur, les voies aériennes et les gros vaisseaux gêne ces organes dans l'exercice de leurs fonctions. (La glande thymus qui pèse chez les nouveau-nés depuis un gros jusqu'à 4 1/2, pèse dans l'asthma thymicum de 6 à 14 gros). Nous ne connaissons rien sur la manière dont se forme cette hypertrophie. Le thymus est-il sain, et sa nutrition est-elle seulement augmentée comparée à d'autres organes dont la nutrition serait imparfaite, ou cet accroissement est-il de nature scrofuleuse? ou enfin la disposition scrofuleuse des enfans qui en sont atteints est-elle le résultat de l'anomalie de la glande thymus?

Le pronostic peut être tiré des troubles fonctionnels que nous venons de mentionner. Quoique la maladie soit toujours grave elle n'est cependant pas sans espoir, surtout lorsque le sujet est d'une constitution robuste, le cas récent, et que les paroxismes ne sont ni trop fréquents, ni trop intenses. Voici les indications qui se présentent : 1° dans l'accès même tout se borne à lever l'enfant, à le tenir penché en avant, et à frapper de la main doucement le dos. Les aspersions avec l'eau froide seront peut-être utiles ; 2° l'indication vitale exige la modération du spasme pour que leur excès ne détruise

pas la vie avant qu'on ait pu remplir les autres indications. Cette indication sera le mieux remplie par l'usage de l'eau de laurier-cérise, à doses progressives, sur de petites doses de musc, d'assa fœtida et de zinc et surtout par l'hydrocyanate de zinc, remèdes préconisés par Pagenstecher; 3° afin de prévenir toute congestion vers le cœur et les poumons, et d'arrêter les progrès de développement du thymus, on doit amener pour ainsi dire une *vita minima* et empêcher autant que possible la nutrition, indication que l'on obtient par un régime convenable, par des saignées locales copieuses et souvent répétées (tous les quatre à huit jours), par l'application des exutoires sur la poitrine, par les purgations énergiques, et par l'eau de laurier cérise que nous avons indiquée plus haut, dans un autre but; 4° il est des médecins qui ont proposé et essayé de tenter la résolution de la tumeur de la glande thymus par des médicamens anti-scrofuleux et résolutifs. Cette médication a de grands inconvéniens, et son efficacité n'est rien moins que certaine; 5° nous ne pouvons rien dire de mieux du moyen proposé par Burns d'enlever l'organe malade même opération qui quoique exécutable sur le cadavre n'a jamais été essayée sur le vivant.

Sur cinq cas rapportés par l'auteur, nous choisissons les deux suivans : 1° un garçon issu de parens sains, contracta à cinq mois une bronchite qui se termina heureusement; depuis lors, il perdit la respiration à chaque réveil et même quelquefois subitement quand il était éveillé. Les accès étaient d'abord légers et duraient fort peu de temps, et de temps à autre, ils alternaient avec un paroxisme très-violent. Alors la respiration était entièrement interceptée, la figure était anxieuse, pâle ou livide, et le corps était raide et courbé en arrière. Après une a deux minutes l'enfant reprenait connaissance et faisait entendre à plusieurs reprises un cri d'inspiration fort aigu, après quoi il redevenait gai et ne présentait plus rien d'anormal. L'application réitérée de sangsues, un vésicatoire à la poitrine et l'usage interne du calomel, diminuèrent au commencement la fréquence des accès, qui cependant ne tardèrent pas à devenir tellement fréquens, qu'il s'en présentait un toutes les heures. Le musc fut également inutile et après huit jours d'aggravation, l'enfant fut étouffé dans un accès, au huitième mois après la naissance, sans que des convulsions générales eussent précédé. A l'autopsie on trouva un développement considérable de la glande thymus; cet organe, qui occupait tout le médiastin antérieur, consistait principalement en deux grands lobes dont le gauche était plus large et le droit plus épais. Un prolongement qui relevait du milieu de la glande étreignait étroitement la veine jugulaire commune. Sa consistance était solide, et son poids était de 9 gros et demi. Les poumons étaient sains, sauf que le droit paraissait notablement comprimé. Le cœur se distinguait par la grande différence de ses deux ventricules, dont le droit était tout à fait flasque, tandis que le gauche était ferme et résistant. Le trou ovale était fermé; tout le reste était à l'état normal.

2. Un garçon scrofuleux et bien constitué, qui avait l'habitude, depuis sa naissance, d'avaler de travers, gagna au 4e mois, des accès fréquens d'angoisse et d'oppression, qui, d'abord attribués à l'amas des glaires, furent traités par des vomitifs. L'état de l'enfant s'aggrava, et après deux mois, quand l'auteur le vit, les accès de suffocation se répétaient 30 à 40 fois en 24 heures, surtout au réveil; mais aussi dans les intervalles et sans cause apparente. Dans ces accès, la figure devenait raide, et les traits exprimaient l'angoisse. L'enfant, renversé en arrière, inspirait cinq à six fois avec un bruit excessivement fin et criard, sans qu'il s'en suivit d'expiration. La figure reprenait alors son expression naturelle, et après des gémissemens et des cris qui duraient une minute, tout était fini. Trois à six fois par jour, des convulsions générales se manifestaient, avec flexion du pouce dans la paume de la main, roulement des yeux et écume à la bouche. Ces derniers paroxismes affectaient beaucoup l'enfant, et étaient suivis d'affaissement et d'épuisement. Dans les intervalles, l'enfant était assez gai, jouait, mangeait, prenait le sein et avait des évacuations naturelles. Deux jours après que l'auteur fut consulté, l'enfant succomba. A l'autopsie, on trouva la glande thymus hypertrophiée, mais elle n'était pas aussi épaisse ni aussi compacte que dans le cas précédent. Elle recouvrait le péricarde, et s'étendait avec ses cornes supérieures jusqu'à la glande thyroïde. Il fut difficile de la séparer de l'artère anonime et de la carotide externe avec lesquelles elle avait contracté des adhérences intimes. Son poids était de 6 gros et 6 grains. Les poumons étaient sains et infiltrés de sang à leur partie postérieure; l'oreillette droite du cœur remplie de sang.

Un mémoire de M. Fingerhuth inséré dans le journal hebdomadaire de Casper (1835, N° 36 et 37) et relatif à la même affection, confirme tout ce qui a été dit dans l'article qui précède sur la symptomatologie. Ce dernier auteur y a cependant encore ajouté des précieuses données sur les signes obtenus à l'aide de l'auscultation et de la percussion, que nous croyons utiles de reproduire. La maladie avait-elle déjà duré depuis quelque temps et les accès manifestaient-ils une grande intensité, on trouva souvent le thorax plus convexe que d'ordinaire. La percussion donnait un son mat tout le long et à côté du sternum aussi loin que s'étendait la glande thymus hypertrophiée. Le bruit respiratoire manquait dans toute cette étendue de la surface antérieure de la poitrine.

M. Fingerhuth trouva quelquefois dans la glande thymus hypertrophiée une cavité contenant un liquide séreux. Du reste, sa structure ne diffère en rien de celle de cette glande chez le fœtus.

Le traitement employé par ce médecin diffère de celui mis en usage jusqu'ici; il commence d'abord par faire appliquer 2 à 3 sangsues à côté du *manubrium sterni* et fait ensuite alternativement usage des bains de iodine et de frictions d'hydriodate de mercure sur la partie antérieure et supérieure de thorax. En même temps il administre à l'intérieur des petites doses de calomel, afin de stimuler l'action des intestins et la sécrétion du foie, et interdit tout ce qui pourrait exciter le système vasculaire, comme par exemple les causes propres à faire

pleurer l'enfant, les mouvemens de balancement, la présentation du sein, lorsqu'il est surchargé de lait, l'exposition à la chaleur, au soleil, etc. Pendant l'accès même il fait mettre les enfans dans un bain tiède avec la iodine, prétendant que par-là on abrège la durée de l'accès. Afin de ne pas exposer les enfans aux effets nuisibles de l'iode, il recommande de prescrire quelquefois 5 à 8 jours de repos et de reprendre ensuite l'usage de cet agent. Sur cinq enfans traités de cette manière, trois moururent, un fût guéri, et chez un autre l'amélioration fut considérable.

(*Livraison*, N° 5, 1836.)

HUFELAND'S UND OSANN'S,

JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE.

Histoire d'un cas remarquable de cyanose. Communication de l'aorte avec les deux ventricules du cœur; observation communiquée par E. Lexis.

Albertine W., d'une constitution saine en naissant, s'était bien développée dans la première année de sa vie, sauf qu'alors déjà la mère s'était aperçue que la respiration était gênée, même quelquefois haletante, lorsqu'elle la portait à l'air.

Ce ne fut que lorsque cette enfant commença à courir que les phénomènes particuliers d'un vice congénial du cœur devinrent manifestes. Les plus légers mouvemens du corps ou une émotion quelconque étaient suivis immédiatement d'une coloration bleuâtre de la peau, surtout à la figure, de paroxismes, de forte oppression et angoisse, que l'enfant cherchait à raccourcir en s'accroupissant et en penchant la partie supérieure du corps en avant. A ces symptômes se joignirent plus tard des mouvemens spamodiques et un tiraillement douloureux dans les extrémités, aversion de se mouvoir et faiblesse extraordinaire dans les membres. Au dire de la mère, la peau de l'enfant était toujours fraîche, l'enfant était très-sensible au froid, et s'en plaignait presque constamment sans cause sensible; en hiver cependant elle évitait de s'approcher trop du poële, les phénomènes morbides s'augmentant notablement dans une température élevée. L'enfant était devenue excessivement irritable, au point que le plus léger motif suffisait pour provoquer un de ces accès asthmatiques, qui d'ailleurs étaient plus fréquens en hiver qu'en été. En 1831, la mère de l'enfant ayant demandé l'avis d'un médecin, on soumit cette dernière à l'usage prolongé de l'élixir acide de Haller et à l'emploi de lotions souvent réitérées du corps avec de l'eau et du vinaigre; l'enfant sembla s'en trouver mieux. Mais les symptômes morbides s'aggravant considérablement de nouveau le 28 novembre 1833, les parens de l'enfant vinrent chercher du secours à l'établissement polyclinique de Berlin.

L'enfant, âgée alors de 5 ans 9 mois, présenta les phénomènes suivans : Peu maigrie et bien nourrie en raison de son âge; respiration avec expression visible d'agitation et d'angoisse; les ailes du nez étaient dans un mouvement continuel et le thorax s'étendait considérablement pendant la respiration. La toux et un râle muqueux qu'on entendait, ne dataient, d'après le dire des parens, que depuis peu de temps. Les battemens du cœur, très-forts quant à leur intensité, étaient irréguliers, tant en qualité qu'en fréquence; tantôt ils étaient vermiculaires, de sorte qu'on n'en comptait qu'avec peine les pulsations, qui se confondaient dans un mouvement faible de vibration; tantôt ils étaient plus ou moins fréquens. Le pouls était en harmonie avec le caractère des pulsations du cœur. Le teint de la peau offrait partout une nuance foncée et presque couleur de cendre; dans quelques endroits, surtout à la partie antérieure de la poitrine, il était d'un bleu noir et entremêlé de petites taches livides, semblables aux pétéchies. Le pourtour du nez et des lèvres, les lèvres elles-mêmes, les gencives et la langue, ainsi que les paupières et leurs contours étaient d'une couleur foncée et bleuâtre. Une injection assez forte se faisait remarquer sur la conjonctive scléroticale. Les dernières phalanges des doigts, d'ailleurs bien conformés, étaient extraordinairement grosses et tubéreuses, les ongles fort convexes, leurs bords renversés en dedans et bleu-noirâtres, les articulations des doigts gonflées, de couleur bleuâtre, mais moins foncée. L'haleine était fétide, sans qu'il y eut d'autres symptômes de gastricisme, l'appétit variable, la soif augmentée; les excrétions alvines et des urines se faisaient régulièrement; la température de la peau, surtout de celle des extrémités, était basse.

Tous ces symptômes morbides, et surtout l'agitation et l'angoisse continuelles, allèrent toujours croissant et l'enfant mourut peu de jours après sa réception à la polyclinique. Peu d'heures avant sa fin, elle parla beaucoup de la mort, cherchant à consoler ses parens et expira sans agonie.

Autopsie, faite 48 heures après la mort.

Peau partout d'une couleur pâle verdâtre, marquetée par des taches et des ecchymoses pétéchiales en plusieurs endroits, surtout à la partie inférieure des deux avant-bras, à la poitrine, entre les muscles sterno-cecido-mastoïdiens et les épaules. La physionomie ne porte pas l'expression de la souffrance et de l'angoisse; c'est plutôt le calme d'un enfant qui dort. La couleur de la figure a disparu, sauf une petite nuance qu'on remarque encore aux lèvres. Les doigts ont perdu en partie la forme tubéreuse qui les distinguait pendant la vie. Peau des bouts des doigts tout à fait flasque; forme des ongles n'offrant pas d'altération : leur teinte livide ainsi que celle des bouts des doigts a pâli. Proéminence considérable du foie dans l'hypocondre droit. Le médiastin antérieur contient beaucoup de graisse; il ne reste guère de traces de la glande thymus. Poumons extérieurement d'un rouge foncé et cramoisi, le

poumon gauche adhérent à la plèvre costale. Pas d'exsudation dans les sacs de la plèvre. Les poumons incisés crépitent sous le scalpel; les grandes ramifications des bronches laissent écouler une mucosité épaisse, mais liquide. Quelques tubercules du volume d'un gros pois et de la consistance de fromage à demi-sec, dont quelques-uns ont déjà commencé à se ramollir, se trouvent dans le lobe moyen du poumon droit. Le lobe supérieur et le reste des poumons sont sains, sauf qu'ils sont gorgés de sang.

Le péricarde s'étend au-delà du sternum vers le côté droit. Il ne renferme pas de liquide. Le cœur est d'un volume extraordinaire. En l'incisant, on trouve les parois des oreillettes flasques et minces, celles du ventricule droit plus épaisses qu'à l'ordinaire, la cavité du ventricule droit plus large que celle du gauche. Dans la cloison des oreillettes se trouve une ouverture qui laisse passer le tuyau d'une plume; cette ouverture se trouve complétement fermée du côté gauche par la valvule du trou ovale. Le trou de Botal manque. L'aorte est de grandeur naturelle. En l'ouvrant on pénètre dans le ventricule gauche; mais à l'endroit même où l'aorte s'abouche avec le ventricule gauche, se trouve dans la cloison ventriculaire une ouverture pouvant laisser passer le doigt indicateur et communiquant avec le ventricule droit; en sorte qu'une moitié de l'aorte s'ouvre dans le ventricule droit et l'autre dans le ventricule gauche. Les bords de l'ouverture sont lisses et polis. Une sonde ne pénètre que difficilement dans le ventricule à travers l'artère pulmonaire.

Les intestins grêles sont fort injectés, sans être enflammés; les glandes mésaraïques gonflées et du volume d'une noisette. Le foie est d'un volume extraordinaire et gorgé de sang.

(*Décembre*, 1835.)

La livraison de janvier 1836, du journal de Hufeland contient :

1. *Aphorismes d'un médecin libéral;* par Hufeland. En voici quelques-uns parmi le nombre :

Les trois remèdes cardinaux de l'art de guérir, la saignée, les vomitifs et l'opium, sont en même temps les représentans des trois méthodes principales. Celui qui sait s'en servir comme il faut, ou qui sait les combiner convenablement là où besoin en est, c'est le maître.

L'épilepsie attaque un nombre bien plus considérable de femmes que d'hommes; la manie au contraire est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Dans l'un et l'autre exemple la différence est de 2 à 1.

Suivant les dernières analyses chimiques du sang de l'homme, il contiendrait trois onces de fer. Cela n'indiquerait-il pas déjà une certaine affinité avec le fluide magnétique?

2. *Remarques sur les eaux minérales, à l'occasion d'une visite faite aux eaux du Taunus;* par Carus.

---

3. *Exemples remarquables de syphilis larvée et latente;* par Boehr.

Ces exemples viennent prouver que la syphilis peut simuler une maladie tout à fait hétérogène, telle que la phthisie pulmonaire, ou une affection du système nerveux, etc., qu'elle peut rester occulte pendant des années, reparaître ensuite inopinément et que dans tous ces cas le *mercure* est le seul remède qui guérisse. M. Boehr rapporte des observations d'affections apoplectiques, d'amauroses, de tabes dorsalis, de phthisie hépatique, dont l'origine remontait a une maladie vénérienne antérieure et qui toutes ont cédé à l'emploi méthodique des frictions mercurielles aidées d'un régime sévère.

La plupart des médecins révoquent encore en doute la possibilité que la syphilis puisse être *congéniale*. Il ne sera donc pas inutile de donner ici place à une observation qui semble mettre cette question hors de doute.

« M. W., vint à Berlin sans son épouse et fut infecté par suite d'un coït impur. Le chancre qui en résulta guérit sous l'influence d'un traitement mercuriel; et peu de semaines après sa guérison, son épouse le rejoignit à Berlin. Devenue bientôt enceinte celle-ci ne présenta pendant tout le temps de sa grossesse aucun symptôme qui put indiquer chez elle l'existence d'une affection vénérienne.

La petite fille à laquelle elle avait donné le jour et qu'elle allaitait elle-même, s'était trouvée fort bien pendant les huit premières semaines, lorsque tout à coup il se forma à la vulve, à l'anus et aux grandes lèvres des petits ulcères, s'étendant rapidement tant en largeur qu'en profondeur et devenant de jour en jour plus nombreux; il parut en même temps aux mollets des taches rouges et cuivreuses, la respiration était gênée, surtout pendant l'acte de la succion, ce qui paraissait être dû à un enchifrenement produit par des croûtes qui obstruaient l'intérieur du nez. Plusieurs moyens étant restés infructueux et les ulcères semblant vouloir s'étendre de plus en plus, l'auteur résolut de donner le mercure soluble de Hahnemann à la dose d'un dixième de grain le matin et le soir. L'amélioration ne se fit pas attendre et la guérison sembla être complète en 3 semaines. Après quelques mois il se forma de nouveau des ulcères et des taches, accompagnées de la même espèce d'enchifrenement et de sécrétion de l'intérieur du nez, phénomènes qui cédèrent encore une fois à l'emploi des mercuriaux adaptés à l'âge de l'enfant. Elle resta faible. Plus tard elle fut atteinte d'hydrocéphale et d'hémiplégie, qui ne semblaient pas avoir de rapport avec la syphilis primitive, les mercuriaux et surtout le calomel n'exerçant pas d'influence sur ces affections. »

4. *Fragmens pour servir à l'histoire médicale de l'eau.*

---

5. *Asthma thymicum*, par M. Roesch.

Les enfans perdent tout à coup l'haleine, qu'ils ne reprennent qu'après une minute ou même plus tard, en poussant un cri fort aigu (juchschrei) : ces accès reviennent à des intervalles irréguliers. L'auteur rapporte quatre observations de cette affection, qui nous paraissent être trop incomplètes pour mériter d'être reproduites.

Elles tendent à prouver qu'il existe chez les enfans une espèce de névrose chronique des voies aériennes, différente du croup et de l'asthme de Millar (avec lequel cependant quelques-unes des observations rapportées par M. Roesch nous semblent offrir des ressemblances). M. Kopp a attribué cet asthme à l'hypertrophie ou à la dégénérescence de la glande thymus. M. Roesch n'est pas d'accord avec M. Kopp sur ce point (il ne cite cependant pas une seule autopsie qu'il a faite); il regarde cette affection au contraire comme purement spasmodique, et la range à côté des convulsions. Ce qui est remarquable c'est que cette affection semble attaquer de préférence des enfans à constitution scrofuleuse, rachitiques, atrophiques, les mêmes qui sont le plus sujets aux convulsions en général. Les indications que M. Roesch établit, sont : 1° améliorer la digestion, relever toute l'hématose en général ; 2° agir directement sur la partie affectée du système nerveux, afin de régler ses fonctions. L'auteur se loue des effets de l'*oleum jecoris aselli* tant dans l'atrophie que dans le rachitis; cet agent pourrait être propre pour remplir la première indication. L'hydrocaynate de zinc ou la digitale ont répondu plusieurs fois à la seconde indication.

6. *Extraits des rapports sanitaires des médecins en Prusse.*

Observation d'une métastase remarquable.

Un musicien, âgé de 61 ans, souffrait depuis 26 ans continuellement d'une prosopalgie, suite d'un refroidissement, laquelle s'était peu à peu aggravée à un tel point que le malade fut obligé de garder le lit pendant dix années de suite. Antérieurement à cette affection cet individu avait mené une vie déréglée, il avait contracté plusieurs gonorrhées et s'était adonné aux boissons spiritueuses. La névralgie occupait la moitié gauche de la figure et du nez ; le plus léger attouchement provoquait immédiatement les convulsions les plus violentes et douloureuses des muscles de la face. Elles revenaient aussi sans attouchement toutes les trois ou cinq minutes; le malade en comparait la sensation à des éclairs, qui passaient par le côté affecté. La salive découlait continuellement de la bouche et rougissait les parties avec lesquelles on la mettait en contact. Chaque mouvement, et par conséquent même celui de manger, renouvelait la douleur. Le malade était fort amaigri ; les autres fonctions s'accomplissaient du reste régulièrement. On avait tenté sans succès l'incision du nerf sous-orbitaire, le quinquina, le carbonate de fer, un cautère appliqué sur le trou stylo-mastoïdien. Des moxas, brûlés en grand nombre sur la joue, avaient procuré quelque soulagement. Le malade prenait journellement 150 gouttes (!) de teinture d'opium, le seul narcotique qui adoucissait ses douleurs. Ayant renoncé à toute médication, il s'était résigné à supporter son mal avec patience. En août 1831, il se trouve subitement attaqué d'inflammation abdominale. M. Raste, qui est appelé, trouve l'abdomen aussi sensible que la face l'avait été jusqu'alors ; un léger attouchement provoque des contractions violentes des muscles abdominaux, contractions qui se répètent même sans attouchement, de temps à autre, semblables à des coups électriques. Sous cet incident, la prosopalgie a tout à fait disparu et on peut toucher la joue du malade de toute manière, sans exciter de la douleur. L'affection abdominale est traitée par les antiphlogistiques, et la convalescence s'opère par des crises à la peau et des urines. Le malade est tout à fait libre de douleur pendant dix-huit jours : tout à coup la névralgie faciale reparaît avec un frisson violent; elle est cependant moins intense qu'avant cet épiphénomène. Elle disparaît de nouveau après quatre jours et est remplacée dès lors par une douleur brûlante et très-circonscrite dans la région hypogastrique gauche, sans que la névralgie faciale soit revenue.

WOCHENSCHRIFT

FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE, VON CASPER.

Sur le typhus abdominalis ; par Heinemann.

L'auteur, qui a eu occasion en 1834 de traiter près de 50 malades atteints de typhus, ne reconnaît pas dans cette maladie de véritable inflammation. Chose remarquable, presque chez tous les malades la maladie se décida par un *catarrhe* pulmonaire. L'auteur n'a appliqué de sangsues qu'une seule fois, et il dit n'avoir perdu qu'*un seul malade* sur cinquante. Il recommande l'*acide muriatique* comme une sorte de panacée. Voici en résumé son plan de traitement : Y a-t-il diarrhée au début, il administre une émulsion, et quelquefois un vomitif. Le lendemain il prescrit le sel ammoniac avec le tartre stibié *in refracta dosi*, et on en continue l'usage jusqu'au 6me ou 8me jour. Après cette époque, si l'état du malade ne s'est pas encore amélioré, on donne une décoction de guimauve avec l'*acide muriatique* (ʒj sur ℥vj dans les vingt-quatre heures).

(N° 14, avril 1836).

Sarcôme du rectum, guéri par l'opération ; par Koscu.

Le sarcôme était sphérique, gros comme le poing et composé d'une grappe de tubercules. Sa consistance était celle d'un cerveau durci dans l'alcool. Cette tumeur sortait du rectum dès que le malade faisait des efforts pour aller à la selle. Les hémorrhagies, le ténesme continuel et le dépérissement des forces, rendirent l'opération nécessaire. L'auteur, après avoir entouré la base de la tumeur d'une ligature, pour éviter l'hémorrhagie, enleva le sarcôme au moyen des ciseaux de Cowper. La ligature s'étant separée pendant que l'intestin s'était retiré, une hémorrhagie eut lieu, qu'on conjura par l'application d'une éponge mouillée de vinaigre à la surface de la plaie. Le malade guérit sans autre accident.

Remèdes contre les paralysies ; par Hausbrand.

L'auteur s'est servi plusieurs fois avec succès dans l'hémiplégie suite de l'apoplexie, des remèdes suivans : a) Bains des parties paralysées dans du sang de bœuf frais et chaud. 1° Couvrir les membres paralysés avec l'estomac et les intestins chauds de bœufs qui viennent d'être tués. 2° Envelopper les membres de sacs remplis de fourmis. 3° Bains de bouillon préparé avec des pieds de bœuf, dans lesquels on a tué des fourmis vivantes. 4° Enfin couvrir les parties faibles et paralysées avec du pain chaud, sortant du four. Ce dernier remède est surtout avantageux, lorsque la paralysie est la suite d'un rhumatisme et qu'il s'agit de provoquer une transpiration générale.

(N° 15. 9 avril 1836).

Relâchement héréditaire et local de la peau ; par Graf

L'auteur raconte le cas d'un homme âgé de 48 ans, qui depuis un an s'apercevait d'un relâchement de la peau au côté gauche du cou et aux deux paupières inférieures, relâchement qui s'accrut au point que la peau formait en ces endroits comme trois sacs. Le malade (un Russe) rapporte que ce mal était héréditaire dans sa famille. C'est toujours de 40 à 50 ans qu'il devient perceptible. L'auteur délivra cet individu de sa difformité, en exeisant une partie de la peau des paupières comme dans l'opération de l'entropion, et en réunissant la plaie par première intention.

(N° 16. 16 avril 1836).

Observation de rétention spasmodique des urines ; excrétion urinaire par d'autres organes ; par T. Lyncker.

Une fille, âgée de 24 ans, sujette depuis son enfance à des affections spasmodiques, à la suite desquelles elle avait conservé un raccourcissement des extrémités inférieures, fit en 1831, une chute sur la tête, qui la priva de connaissance. Une saignée trop abondante (de 4 livres!) pratiquée par un chirurgien, mit la malade dans un état d'épuisement accompagné de spasmes les plus violens tant cloniques que toniques. En automne 1833, elle fut de nouveau subitement atteinte de ces accidens spasmodiques avec paralysie des extrémités inférieures, qui ne céda qu'à l'emploi de quelques moxas.

Tout à coup les spasmes reparurent à la suite d'une forte émotion et atteignirent un degré d'intensité tel qu'ils n'avaient jamais eu auparavant, et c'est depuis ce moment qu'apparurent les phénomènes extraordinaires et uniques qui ont engagé l'auteur à livrer ce fait à la publicité. Peu de jours avant que la rétention spasmodique de l'urine qui donna lieu à ces phénomènes, se fit remarquer, la malade sentait une contraction douloureuse et périodique sur les deux côtés des vertèbres

lombaires, le long des uretères, tantôt plus haut dans la région rénale, tantôt plus bas dans la région de la vessie. Plus tard, elle se plaignit d'une sensation violente de brûlure dans l'intérieur de l'abdomen. Le ventre était ballonné et très-sensible au toucher. Soif, frissons, chaleur, anxiété et agitation alternatives, sommeil interrompu par des rêves inquiétans. Pouls petit, faible et supprimé. Appétit très-peu considérable; constipation opiniâtre. Ces symptômes augmentèrent de jour en jour, le ventre s'enfla davantage; nausées, efforts pour vomir et enfin vomissement d'un liquide ténu, abondant, clair-jaunâtre et exhalant une faible odeur d'urine. A ce vomissement succéda un léger soulagement. La rétention d'urine était complète dès la première apparition de ces symptômes, quoique la malade éprouvât un besoin continuel d'uriner. Il n'y eût néanmoins pas la moindre tuméfaction de la région vésicale. La sonde, introduite à plusieurs reprises, ne donna issue chaque fois qu'à une petite quantité d'urine limpide comme de l'eau et presque dépourvue d'odeur.

L'amélioration obtenue par l'usage des antispasmodiques combinés avec les remèdes qui agissent d'une manière spéciale sur le système uropoïetique, les bains, etc., ne fut que partielle. La rétention d'urine resta toujours la même.

Cet état de la vessie persistait déjà depuis quinze jours et les symptômes morbides, surtout les vomissemens, avaient toujours été en croissant, lorsque tout à coup la malade commença à se plaindre d'une douleur continue, tantôt tiraillante, tantôt lancinante dans le creux des aisselles et dans les deux mamelles; en même temps on s'aperçut d'une augmentation sensible dans leur volume et le gonflement des vaisseaux lactés y devint manifeste. Des tiraillemens le long du dos, des horripilations, etc., complétèrent les symptômes d'une véritable *fièvre de lait*. Le ventre était toujours très-enflé, tendu et sensible. Depuis deux jours on avait obtenu tout au plus la valeur d'une tasse d'urines par le moyen de la sonde. Il fallait plusieurs lavemens pour provoquer une selle. Des frictions faites sur les seins avec un liniment résolutif restèrent sans effet. Mais quelques heures après avoir couvert les glandes mammaires avec du coton, il se fit un écoulement considérable d'un liquide incolore et sentant assez distinctement l'urine, *par les mamelons des deux seins*, écoulement immédiatement suivi d'une diminution de tous les symptômes morbides. La quantité de liquide excrété dans les premières 12 heures, était tellement considérable, que la malade fut obligée de changer 3 ou 4 fois de linge, et plus souvent encore le coton. On faisait facilement sortir ce liquide en pressant le sein à peu près comme on trait les vaches. Cet écoulement, après avoir duré pendant deux jours, cessa subitement, pour se transporter peu de temps après à un endroit non moins extraordinaire, *le nombril*. Même tiraillement, même tension autour de cette région, suivis d'un suintement du même liquide, dont la quantité était cependant beaucoup moindre. Ce suintement cessa au bout de quelques heures, pour faire place à un suintement de *la peau des deux jambes*. Il en découla une eau limpide par gouttes comme dans la sueur, pendant que tout le reste de la surface cutanée, qui n'y prenait pas la moindre part, était même plus sèche qu'à l'ordinaire. Ce suintement ne fut précédé d'aucune sensation particulière, et ne dura pas longtemps; il ne reparut pas une seconde fois dans le cours de cette affection bizarre, tandis que le sein et le nombril continuaient à se charger à tour du rôle de cette fonction extraordinaire, le sein cependant plus que le nombril. Une grande quantité de liquide avait été évacuée de la sorte; le ventre avait perdu beaucoup de son volume, l'état de la malade était amélioré en tout; ces évacuations anormales avaient cessé depuis plusieurs jours, et malgré cela pas une goutte d'urine n'était excrétée par la voie naturelle. Le ventre commença à s'enfler de nouveau, les accès spasmodiques se renouvelèrent; la sonde ne donnait issue, chaque fois qu'on l'introduisait, qu'à une petite quantité d'une urine limpide; enfin l'ancien état de la malade menaçait de revenir, lorsque le 2 août 1834, de bon matin, à la suite de douleurs les plus atroces, il se forma rapidement une tumeur considérable dans la région vésicale, pendant que la malade éprouvait une sensation comme si tous les viscères allaient sortir du ventre; dès lors elle évacua par la voie naturelle, et avec le plus grand soulagement, sept litres d'une urine trouble, très-foncée et répandant une odeur pénétrante d'urine. Douze heures plus tard (la malade n'avait bu que très-peu pendant ce temps) elle en rendit encore quatre litres par la même voie. Dès ce moment la pauvre malade sembla être délivrée de tous ses maux; elle récupéra le repos, le sommeil, l'appétit, les évacuations intestinales devinrent régulières, l'urine reprit son cours et ses qualités naturelles et était évacuée plusieurs fois dans la journée sans le moindre inconvénient.

Plusieurs semaines s'étaient écoulées depuis cette catastrophe, lorsqu'un matin la malade découvrit dans les excrémens une certaine quantité de fragmens d'un *tænia cucurbitina*. Le traitement dirigé contre cet ennemi parasite resta sans effet. Le 20 octobre, *elle perdit subitement* 8 *à* 10 *onces de sang par le sein*. La période menstruelle, sans être supprimée, était très-irrégulière depuis longtemps. L'auteur ne prescrivit que le repos et un régime antiphlogistique.

25 Octobre. L'hémorrhagie n'avait plus reparu, mais une pression continuelle sur le sein, provoquée par un sinapisme appliqué sur le sternum, avait donné lieu à l'écoulement d'une sérosité claire-jaunâtre et inodore par les mamelons. La quantité en était tellement considérable qu'il fut nécessaire de changer de linge plusieurs fois dans la journée. L'écoulement cessa aussitôt que la peau fortement rougie par le sinapisme commençait à reprendre sa couleur naturelle.

17 Novembre. Depuis le 25 octobre tout s'était passé sans accidens, lorsqu'à la suite de spasmes, l'écoulement du sein se manifesta de nouveau et fut suivi de quelques gouttes de sang. La quantité du liquide évacué n'était pas aussi considérable que la première fois. Il n'y avait pas longtemps que les menstrues avaient

paru. Cinq jours après, la malade éprouva dans la nuit des accès violens de spasmes et une douleur vive sous le sternum. Ces accidens ne cédèrent qu'au bout de 24 heures, à l'application de l'aimant, la malade étant dans l'impossibilité d'avaler une seule goutte de liquide.

23 Novembre. Après des douleurs vives développées autour du nombril, pendant la nuit, nouvelle hémorrhagie du sein et par le vagin, avec cessation des douleurs et des spasmes et amélioration générale.

Les mêmes accidens se renouvelèrent encore quelques ois pendant l'hiver suivant et le printemps de 1835.

Les menstrues, se montraient à peu près de quinze en quinze jours et presque chaque fois leur apparition était suivie ou précédée de l'écoulement d'une sérosité rougeâtre par la mamelle *droite* ou par le nombril. Le sang qui s'écoulait du vagin était pâle et tenu, presque séreux. En juillet la malade souffrit de nouveau pendant neuf jours de rétention d'urine, accompagnée des mêmes symptômes, sauf qu'à l'aide de la sonde on évacua presque chaque fois un demi-litre d'urine. La malade jouit maintenant d'une santé supportable : les spasmes et la présence du ver solitaire se font cependant encore sentir.

(N° 16, *Avril* 1836.)

RUST MAGAZIN

FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Extirpation de la glande parotide squirrheuse pratiquée avec succès; par M. Eulenberg.

Quoique l'extirpation de la glande parotide soit une des opérations chirurgicales les plus dangereuses, la chirurgie moderne cependant ne saurait plus admettre le précepte timide de *Richter*, de ne jamais l'entreprendre. Le chirurgien, bien pénétré de la disposition anatomique des parties, ne s'effrayera pas d'une hémorrhagie des gros vaisseaux, qu'il est préparé à arrêter, ni des accidens paralytiques de la face, qui peuvent survenir après cette opération.

Louise Kaul, âgée de 29 ans, d'une faible constitution, n'avait jamais eu de maladie sérieuse, à l'exception près des maladies communes à l'enfance. Elle est réglée depuis sa seizième année. Mariée depuis 8 ans, elle donna naissance à une fille, qu'elle allaita elle-même et qui dans ce moment est âgée de 7 ans, et se porte à merveille. La mère s'aperçut, il y a cinq ans, sans cause antécédente appréciable, d'une petite tumeur indolente derrière l'oreille gauche, à laquelle elle fit d'abord peu d'attention. S'apercevant plus tard que cette tumeur grossissait, elle consulta un médecin qui lui prescrivit des frictions avec des onguens. Leur effet fut nul, la tumeur augmenta de volume, devint douloureuse, et la peau qui la recouvrait commença à devenir bleuâtre et rouge. Enfin, dans les derniers temps, les douleurs devinrent brûlantes, s'irradiant sur le côté gauche de la tête et du cou, et privèrent, par leur continuité, la malade de tout sommeil. Lorsque l'auteur la vit pour la première fois, une tumeur de la forme et de la grosseur d'un petit œuf d'oie, occupait le côté gauche de la face et du cou; elle s'étendait en avant au-delà de la branche ascendante de la mâchoire inférieure, et en arrière près de l'apophyse mastoïde. La partie inférieure de l'oreille était soulevée par la tumeur, en sorte que le lobule servait à la couvrir. La tumeur elle-même était immobile, bosselée et dure comme du cartilage; la peau qui la recouvrait, était rouge-bleuâtre et solidement adhérente. La santé générale de la malade était altérée depuis longtemps, son pouls était fébrile, son teint pâle, elle n'avait point d'appétit et avait perdu en grande partie ses forces. On avait évidemment affaire à un squirrhe de la glande parotide, prêt à passer à l'état de carcinôme; il ne restait d'autre moyen que l'opération pour sauver la malade. On y procéda de la manière suivante: une incision ovalaire, partant à la hauteur du conduit auditif externe, circonscrivit le bord antérieur de la tumeur jusqu'à son extrémité inférieure; une seconde incision semblable se joignant aux angles de la première, circonscrivit le bord postérieur de la tumeur. Les fibres du muscle peaucier étant séparées dans le même sens, on acheva avec grande précaution l'énucléation de la tumeur, d'abord d'avant en arrière et ensuite d'arrière en avant. Un petit reste de la glande fut attiré à l'aide d'une airigne et séparé de l'artère carotide externe. L'opération dura douze minutes; les artères, qui avaient été comprimées pendant ce temps, ne donnèrent pas de sang; l'eau froide suffit pour arrêter l'hémorrhagie veineuse qui était abondante. La plaie avait pour limite en avant le muscle masséter, en arrière les digastrique et sternocleïdo-mastoïdien; et entre ces muscles on distinguait le nerf facial, qui était à découvert. Quelques-unes de ses branches avaient été séparées.

La guérison de la plaie se fit par première intention: le côté correspondant de la face, qui d'abord fut paralysé, a déjà en partie recouvré ses mouvemens, et les recouvrera probablement tout à fait par la suite. La malade se porte bien.

Sur le fongus médullaire; par Chevalier.

L'auteur en distingue trois formes différentes: 1° le fongus médullaire enkysté; 2° le fongus médullaire sans kyste; 3° l'infiltration médullaire dans le parenchyme des organes. La marche de cette dégénérescence se divise, d'après lui, en trois périodes distinctes. Ce n'est que pendant la première qu'on peut reconnaître les différences qui distinguent les formes susdites. En parlant de l'origine de cette altération, l'auteur avance l'opinion que la nature, par la formation du fongus médullaire, de même que par le développement d'autres tumeurs semblables, tend à rétablir un équilibre que l'économie de l'individu affecté semble avoir perdu. Ce qui paraît le prouver, c'est le fait que le fongus médullaire se forme souvent sans cause appréciable; que dans le principe il n'altère en rien la santé générale de l'individu; que du moment qu'on l'enlève, il pullule de nouveau au même endroit ou ailleurs; et que souvent l'extirpation de ce genre de tumeur est suivie de mort, résultat du développement de fongus médullaires secondaires dans des organes plus essentiels à la vie. « La nature, dit l'auteur, a fait comme une bévue, en voulant se créer un moyen de conservation, elle s'est créé un moyen de destruction. »

Combien de temps faut-il pour qu'il puisse se former dans les poumons des tubercules inflammatoires et des foyers de pus? par J.-H. Guenther, second directeur de l'école vétérinaire, à Hanovre.

Pour répondre à cette question, l'auteur a fait des expériences sur des chevaux, en injectant du pus dans les veines. Les animaux qui servaient à ces expériences, étaient en général assez vigoureux et avaient les poumons parfaitement sains. Le résultat des expériences ayant été à peu près le même dans tous les cas, nous nous contentons de rapporter les détails d'une seule :

Une demi-once de pus filtré, étendu avec la même quantité d'eau, à la température du sang, fut injectée dans la veine jugulaire gauche d'une jument, âgée de 14 ans, bien nourrie et parfaitement saine, de manière à ce qu'il ne pouvait pas pénétrer de l'air dans la veine. Après 5 minutes le pouls s'était élevé à 45, après 11 minutes à 54, et après 17 minutes à 66 pulsations, qui étaient encore régulières, mais petites et serrées. Après 23 minutes le pouls était de 76; l'animal gémissait, s'agitait et refusait la nourriture. Après 35 minutes, pouls de 72, la jument laisse pendre sa tête, est triste, gémit fréquemment; sa respiration est accélérée, son regard est abattu et porte l'expression de la souffrance. Après 47 minutes, pouls de 70, baillemens et soupirs profonds, extension des extrémités postérieures. Au bout d'une heure et 14 minutes : pouls à 86, oreilles et lèvres froides, les poils se hérissent, les baillemens sont fréquens; évacuation de petites portions d'excrémens. Après 3 heures, le pouls offrait 64 pulsations régulières et pleines, le nombre des mouvemens de la respiration était descendu à 15 par minute, et l'appétit commençait à reparaître; mais le cheval tremblait de tout le corps et toussait quelquefois d'une manière qui semblait lui faire du mal. Le pouls s'était relevé à 72 après 5 heures; le cheval, quoique tranquille, était triste et refusait la nourriture. Dès lors l'état de l'animal ne changea pas beaucoup. Le 2e jour la toux fut plus fréquente. Le 3e jour, toux fréquente et douloureuse, pouls plein et régulier, 60 pulsations. Le 4e jour : pouls à 70; les cuisses de derrière s'enflent; grand abattement; le regard indique une mort prochaine. Le 5e jour, grande lassitude, au point que l'animal ne peut plus se lever, respiration fort accélérée; pouls à 80 et petit. Le 6e jour : pouls à 113, petit et intermittent. La lassitude de l'animal étant excessive, on le tue en lui ouvrant les artères et les veines du cou.

Autopsie. Dans les articulations des extrémités postérieures on trouve des petits abcès, qui, selon l'avis de l'auteur, ont probablement dû leur origine à un globule de pus stagnant dans une petite artériole de la peau. A la base du péricarde se trouvent quelques endroits enflammés, et dans leur centre des globules de pus grands comme la moitié d'une lentille. Les poumons renferment 30 à 40 tubercules durs et d'un rouge foncé; en les incisant on les reconnaît pour les résultats d'une inflammation récente; ils contiennent dans leur centre chacun un foyer purulent du volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Les viscères des autres cavités ne présentent pas d'altération.

Les autres expériences de l'auteur, au nombre de 23, ont offert en général les mêmes phénomènes: voici les déductions qu'il en tire : 1° le pus introduit dans les veines du grand cercle circulatoire, donne lieu à la stagnation de l'un ou de l'autre globule de pus dans les dernières ramifications des artères pulmonaires; 2° le pourtour de cette stagnation devient le siége d'un travail phlegmasique, (probablement par suite d'un spasme excité par le pus dans les ramifications artérielles): 3° l'introduction du pus dans les veines est suivie immédiatement d'une affection fébrile, qui, quoique perdant en intensité, au bout de 3 ou 4 heures, ne persiste pas moins; 4° l'agrandissement des globules de pus, contenus dans l'auréole inflammatoire, se fait avec une telle rapidité, que les 2e, 3e, 4e, 5e ou 6e jours ils ont acquis le volume d'un grain de millet, d'une lentille, d'un pois, d'une noisette ou d'une noix. Ce développement incroyable des foyers purulens ne s'explique qu'en supposant que les globules stagnans de pus exercent rapidement une sorte d'attraction chimique sur les parties circonvoisines et les font passer de suite à la suppuration, sans inflammation préalable; 5° la qualité du pus dans les tubercules nouveaux des poumons varie selon la qualité de la matière employée pour l'expérience, de sorte que du pus putride, fétide et ichoreux, injecté dans les veines donne origine à du pus offrant les mêmes qualités dans les tubercules; tandis qu'un pus de bonne nature produit des tubercules avec du pus de la même qualité; 6° les poumons et la circulation pulmonaire une fois altérés, les mêmes stagnations purulentes ne tardent pas à se manifester dans le grand cercle circulatoire.

L'introduction du pus dans la circulation affecte les animaux doués d'une constitution vigoureuse, d'abord de la même manière que les animaux moins forts; mais leur constitution robuste les rend capables de résoudre les globules de pus déposés dans les poumons et de vaincre le travail phlegmasique, de sorte qu'ils peuvent recouvrer la santé; et c'est en effet ce que l'auteur a observé dans un cas, où, du pus de bonne nature ayant été injecté dans la veine jugulaire d'un cheval hongre âgé de 17 ans et très-robuste, l'animal reprit après peu de jours d'indisposition son état antérieur de santé. On le tua 10 jours après qu'on avait pratiqué l'injection; à l'autopsie on trouva les poumons parfaitement sains et n'offrant nulle part des traces d'une partie enflammée ou de foyer purulent.

Les faits ci-dessus semblent donc prouver incontestablement que les poumons peuvent subir un travail morbide destructeur et très-étendu en fort peu de temps.

GRAEFE U. WALTHER,

JOURNAL FUER CHIRURGIE U. AUGENHEILKUNDE.

Remarques et expériences sur les pédiluves nitro-muriatiques; par C. F. Bartels, de Schwerin.

L'auteur pense que si ces pédiluves, tant vantés par les médecins anglais et italiens, ne jouissent pas de la même réputation en Allemagne, (ni en France), il faut en chercher la cause dans l'emploi vicieux qu'on en fait dans ces pays. S'il est vrai que, d'une part on a exagéré les effets spécifiques qu'on attribuait à ces bains dans les affections vénériennes et les maladies du foie, et que d'autre part leur action diffère en ce que certaines constitutions en éprouvent l'action, tandis que d'autres n'en éprouvent rien, nous aurions cependant tort, de nous laisser intimider par ces obstacles, qui rendent leur application un peu complexe, et de ne pas les soumettre à des nouveaux essais.

Un homme, âgé de 49 ans, d'un embonpoint remarquable et d'une constitution forte, atteint depuis plusieurs mois d'une affection du foie, avec gastrodynie, digestions dérangées, insomnie, etc., avait envain fait usage de sucs d'herbes, de purgatifs, de frictions, de remèdes antispasmodiques et en dernier lieu d'un vomitif. Il avait le teint fort jaune, la sclérotique bleuâtre, le milieu de la langue couvert d'un enduit jaune foncé; la région du foie sensible au toucher, le ventre un peu dur et tendu; le foie ni plus dur, ni beaucoup plus volumineux qu'à l'ordinaire; *urines peu abondantes,* sans sédiment, mais très-foncées; elles étaient claires, au contraire après les accès de gastralgie; pas de fièvre; constipation; appétit tantôt fort, tantôt nul et alors nausées et vomissemens; goût amer dans la bouche; sommeil interrompu; humeur acariâtre. Ces symptômes semblant indiquer des *obstructions du système de la veine-porte et une sécrétion vicieuse de la bile,* et n'ayant pas cédé aux remèdes résolutifs et évacuans, l'auteur fit prendre au malade des bains nitro-muriatiques, préparés avec une once de chacun des acides; chaque bain servit deux fois, et le malade y demeura toujours pendant une demi-heure. Les premières fois, le malade éprouva des vertiges, des nausées, de la toux, de l'oppression, symptômes qui ne tardèrent pas de se dissiper peu de temps après. Sous l'influence de ces pédiluves, toutes les excrétions s'augmentèrent; le malade transpira toutes les nuits; les évacuations alvines furent plus fréquentes et surtout les urines coulèrent considérablement. Ces bains furent continués pendant 16 jours, en sorte qu'on employa en tout 9 1/2 onces de chaque acide. Sous l'influence de cette médication, le ventre devint de jour en jour plus souple et moins sensible, la langue et le teint de la peau se nettoyèrent, le sommeil devint plus calme et restaurant, l'appétit et la digestion meilleurs, le moral plus gai. Quelques doses de sulfate de quinine avec le nitrate de bismuth, indiquées par un reste de gastralgie, achevèrent la cure.

L'auteur rapporte encore des observations de *Cephalœa arthritica,* d'amblyopie amaurotique, de photophobie scrophuleuse, de blépharophthalmie scrophuleuse, d'ophthalmie rhumatismale, où ces pédiluves ont produit des effets incontestablement salutaires. Leur action semble être stimulante; ils augmentent l'activité de la peau, des reins et du foie et ils accélèrent par là tant la circulation générale que celle du système de la veine-porte. L'effet le plus constant qu'ils produisent, est la sueur; souvent la sécrétion des urines s'augmente en même temps qu'il s'y fait un dépôt de mucosités; ce qu'on observe le moins souvent, c'est la fréquence des évacuations bilieuses.

L'auteur n'ose décider si les pédiluves nitro-muriatiques sont doués d'une action spécifique sur le système utérin ou s'ils n'affectent ce dernier qu'en dérivant le sang vers les parties inférieures du corps. Ce qui est certain, c'est qu'ils exercent une forte révulsion de la tête.

Il les croit indiqués dans les affections chroniques du foie (sans travail phlegmasique ou suppuratoire), telles que les obstructions du système de la veine-porte, sécrétion défectueuse ou vicieuse de la bile, jaunisse, hypocondrie et mélancolie, dans les maux rhumatiques et arthritiques, surtout lorsque ces dyscrasies ont leur siége dans la tête; dans ces cas, ces pédiluves remplissent deux indications à la fois: d'abord par l'influence spécifique qu'ils exercent directement sur la dyscrasie même, et en second lieu par la révulsion qu'ils opèrent. Ils sont en outre indiqués, selon M. Bartels, dans les ophthalmies et les ophthalmo-blénorrhées chroniques, dans les anomalies du flux menstruel de nature éréthistique ou paralytique, dans la chlorose, dans la *menstruatio difficilis et parva,* dans la suppression des menstrues, enfin dans les dartres de toute espèce, où on peut se servir en outre des lotions nitro-muriatiques. Dans l'hydropisie ils pourraient même favoriser l'action d'autres remèdes hydragogues.

L'accélération du pouls, l'oppression de la poitrine, l'excitation, l'agitation, l'angoisse et les sueurs considérables, que les malades éprouvent, pendant qu'ils prennent le pédiluve ou aussitôt après l'avoir pris, portent M. Bartels à croire qu'ils ne peuvent trouver leur

application dans toutes les maladies fébriles et purement inflammatoires, chez des jeunes personnes pléthoriques et sanguines, et qu'ils sont encore contre indiqués dans les maladies de poitrine (sauf peut-être l'asthme arthritique), enfin dans toutes les dégénérescences organiques de parties internes.

Les personnes âgées les supportent mieux que les jeunes; ils conviennent surtout aux femmes au retour de l'âge; les personnes hystériques ne les supportent pas bien. Les deux ou trois premiers bains produisent-ils du malaise et des nausées, surtout au moment où le malade prend le bain; c'est alors qu'on peut le plus sûrement s'attendre à des bons effets, qui souvent ne deviennent notables qu'après en avoir déjà discontinué l'usage.

L'auteur n'a jamais vu d'accidens fâcheux succéder à l'emploi de ces pédiluves. Quelquefois ils occasionnent une forte démangeaison sur tout le corps et une éruption miliaire, même des pustules douloureuses aux jambes. Jamais chez les malades traités par M. Bartels au moyen des pédiluves nitro-muriatiques, il n'est survenu ni de la salivation, ni des ulcères; quelquefois ils donnèrent lieu à un goût métallique et à une sensation douloureuse dans la bouche; les malades avaient les gencives sensibles et les dents agacées. Tous ces symptômes ne tardaient pas à disparaître, dès qu'on interrompait l'usage des pédiluves.

Ces bains de pieds furent préparés de manière qu'on y versait, peu avant que le malade y plongeait les pieds, de chaque une once à une once et demie d'acide muriatique et d'acide nitrique; le même bain de pied rechauffé servait encore le lendemain, mais on y ajoutait une demi-once de chaque acide. On fait bien d'augmenter graduellement la dose des acides.

Quelques médecins préfèrent l'acide nitrique fumant à l'acide nitrique épuré; il semble aussi à M. Bartels que l'action du premier soit plus prononcée. Pour des lotions l'auteur se sert d'un demi jusqu'à un gros de chaque acide sur seize onces d'eau. Pour des bains, il y ajoute une demi-once de chaque acide.

(Vol. XXIII. Livr. 3. 1835.)

Dans le numéro 28 (9 avril, 1836), *London medical Gazette*, on trouve la description de la méthode employée par M. Scot, l'inventeur du bain nitro-muriatique, description qu'il a laissée en manuscrit à un de ses amis et que nous croyons utile de transcrire ici à l'occasion de l'article qui précède.

«Je me suis servi, dit M. Scot, en différens temps de différentes proportions des acides; en dernier lieu j'ai employé un mélange de parties égales; mais pour l'avenir je me propose de combiner trois parties d'acide muriatique avec deux parties d'acide nitrique.

» Pendant qu'on opère le mélange des deux acides, il se dégage du gaz en quantité considérable et d'une odeur si désagréable que toute la maison en est pénétrée. On peut l'éviter, en étendant les acides avec environ deux fois leur volume d'eau.

» Dans les Indes j'ai fréquemment exposé toute la surface du corps, excepté la tête, à l'action du bain nitro-muriatique. En Europe je trouve que l'immersion des pieds jusqu'aux genoux ou un peu au-dessus des genoux produit tous les effets qu'on peut désirer. Il faut à cet effet une cuve à base suffisamment large pour contenir les pieds. Il sera bien, si le haut de la cuve est plus étroit que sa base, pour que la quantité d'eau qu'elle contient en proportion des acides ne soit pas plus considérable qu'il ne faut. Moins de fluide le vase contient, mieux est-ce. Plus le vase est large, plus il sera difficile de chauffer le bain et plus l'évaporation des acides sera grande. Il est difficile de donner des indications précises concernant les doses nécessaires des acides, à raison que ces derniers n'ont pas toujours le même degré de force dans les différentes contrées. Le goût sera donc le meilleur moyen de juger de la quantité d'acides qu'il faut employer. Elle sera suffisante, lorsque le bain aura à peu près le degré d'acidité d'un vinaigre très-faible et que les malades, après y avoir demeuré pendant une demi-heure, sentiront un léger picotement de la peau. Veut-on le rendre plus fort, on s'expose à voir s'élever des phlyctenès sur la peau, les ongles et la peau des pieds deviendront jaunes.

» On donne au bain une chaleur agréable, en y ajoutant une quantité suffisante d'eau bouillante. Lorsque je veux le rechauffer, j'en ôte le tiers ou le quart et j'y substitue de l'eau bouillante et un peu de nouvel acide. C'est là la meilleure méthode; une autre est celle de chauffer le bain dans des vases de verre ou de porcelaine.

» *Je suis loin de croire qu'un atome d'acide pénètre dans l'économie; je soupçonne au contraire que tous les effets de ces bains sont dus au chlore seul.*

» L'idée de trouver un agent qu'on puisse substituer au mercure, m'a occupé depuis longtemps, et mon expérience m'a appris que les bains nitro-muriatiques remplissent en effet ce but dans un grand nombre de cas. Qu'il suffise pour le moment, de choisir parmi eux cette classe d'affections si communes appelées *bilieuses* et qui doivent leur origine à une sécrétion vicieuse, trop ou trop peu abondante de la bile, affections qui donnent lieu à des dérangemens de l'estomac, à des vertiges, à des chaleurs fébriles, à l'insomnie, aux spasmes, à la mélancolie et à une foule d'autres sensations morbides, désignées comme nerveuses. Dites à ces malades de plonger leurs pieds pendant une demi-heure ou moins, chaque soir ou d'un soir à l'autre dans un bain tiède d'acide nitro-muriatique. Il est de ces personnes bilieuses, qui après quelques heures déjà et après le premier bain éprouvent une révolution salutaire. Le pédiluve détermine l'expulsion d'excrémens noirs ou d'une bile brune, verte ou noire, semblable au goudron mêlé à de l'huile. Le pouls s'accélère et le malade devient agité. Ces effets peuvent être soutenus pendant plusieurs jours; quelquefois ils sont beaucoup plus lents à se faire sentir. Là où il y a défaut de bile, les effets de ces bains se font remarquer par le rétablissement de sa sécrétion, manifeste en ce que les matières fécales reprennent leur couleur naturelle, et par l'amé-

lioration simultanée de l'état général de santé. Un précepte à observer pendant l'emploi de ces bains c'est l'attention qu'il faut porter à entretenir la liberté des intestins. C'est un des effets de ce remède que celui de stimuler la sécrétion de la bile; dès que cette dernière ne trouve pas une libre issue, il survient de la céphalalgie, des vertiges, etc., symptômes qui requièrent l'usage des purgatifs. Qu'on ne se flatte pas que les effets immédiats des bains nitro-muriatiques soient toujours aussi favorables que nous venons de le dire. Chez des personnes d'une constitution délicate et même chez des personnes robustes, il n'est pas rare d'observer des inconvéniens temporaires de suite après leur usage. Ce n'est que quelque temps après les avoir déjà discontinués, que leurs effets salutaires se laissent apprécier dans toute leur étendue et qu'ils deviennent sensibles presque indifféremment dans tous les cas.

» Ceux qui font usage du mercure dans le but de remédier à des désordres du système biliaire, sont obligés, après un certain temps, d'avoir de nouveau recours à cet agent. Il en est de même des bains nitro-muriatiques. Ils sont indiqués dès que les symptômes bilieux se font sentir de nouveau. Il suffit alors quelquefois de prendre deux ou trois pédiluves ou de laver les mains et les bras pendant quelques minutes avec la liqueur nitro-muriatique, ou de passer avec une éponge imbibée de cette liqueur sur une grande partie de la surface du corps, pour soulager immédiatement le malade. De cette sorte, les périodes de bien-être se prolongent de plus en plus et la santé se rétablit enfin définitivement. Les effets des bains nitro-muriatiques sont les mêmes, qu'ils soient froids ou chauds. Dans le climat européen il est plus convenable et plus agréable de les appliquer tièdes. Les lotions à l'aide d'une éponge produisent les mêmes effets que les bains. Chez des personnes délicates il suffit quelquefois qu'elles plongent une main pendant quelques minutes dans l'acide nitro-muriatique étendu, et qu'elles fassent des lotions de deux bras, pour que l'effet désiré ait lieu.

» On se trompe facilement sur les proportions d'acide à employer pour les lotions. Voici la formule dont je me sers :

Rec. Aq. fontan. ℥v. Adde.
Acid. muriatic. ℥iij.
Acid. nitric. ℥ij.

» J'ajoute une once de ce mélange sur un litre (quart) d'eau tiède, pour faire des lotions. »

RADIUS UND CLARUS,

BEITRAEGE ZUR PRACTISCHEN HEILKUNDE.

Observations sur l'idiosyncrasie hémorrhagique (Bloodders des Anglais); par le prof. Kuhl, de Leipsic.

Obs. Ire. — Le sujet de cette observation est un jeune homme de 16 ans, de taille svelte, cheveux roux, yeux bleus, figure pâle, dents cariées, poitrine comprimée, abdomen proéminent, enfin d'un habitus phthisique et d'un tempérament phlegmasique; qui depuis son enfance, avait été en butte à des émotions déprimantes. A la suite de ces dernières il tomba dans un état de faiblesse et de relâchement, se manifestant surtout par le défaut de gaîté, et par une disposition mélancolique. Les maladies ordinaires de l'enfance et d'autres légères affections passèrent chez lui sans accidens particuliers. A l'âge de l'adolescence, il s'engagea manœuvre maçon afin de ne plus être exposé à la mauvaise humeur de son beau-père; jusqu'ici rien encore n'avait indiqué chez lui l'existence d'une idiosyncrasie hémorrhagique; les fatigues et les lésions, suites de son nouveau genre d'occupation, ne tardèrent pas à la développer en lui. Une légère blessure de la peau du pouce droit donna lieu à une perte de sang tellement considérable, qu'elle dura pendant plusieurs jours et donna beaucoup d'inquiétudes sur les jours du malade. Au printemps suivant, une légère égratignure à la peau du front produite par une tuile, occasionna une hémorrhagie telle qu'un chirurgien habile ne put étancher le sang, et fut obligé de renouveller le pansement une heure après. Le danger n'était pas encore passé, l'hémorrhagie reprit avec violence, il était impossible de l'arrêter par aucun remède; le sang continua à couler pendant plusieurs jours. Après l'emploi de tous les stiptiques, sans en excepter le cautère actuel, le malade transporté après quelques semaines à l'hôpital Saint-Jacques, fut soumis à une diète absolue dans l'espoir que le sang indispensable à l'entretien de la vie, serait retenu par la vacuité des vaisseaux et par l'épuisement de l'individu. On lui administra à l'intérieur les ferrugineux et les acides végétaux et minéraux, moyens préconisés dans cette singulière affection. Aussi la plaie, sous l'influence de ce traitement, semblait-elle prendre un meilleur aspect et se rétrécir, lorsque peu de jours après il survint une nouvelle hémorrhagie qui épuisa beaucoup le malade. Dans cette alternative on fut obligé d'avoir recours à une nouvelle application du fer rouge, bien qu'on craignait qu'après avoir arrêté l'hémorrhagie on aurait à faire à une nécrose des os du crâne, ou à une inflammation du cerveau. L'hémorrhagie cessa pendant plusieurs jours; déjà on espérait, mais quel ne fut pas notre désappointement de voir le sang couler de plus belle, ce qui mit le malade aux portes du tombeau. Dès lors il ne voulut plus recevoir aucun secours et déclara vouloir mourir, plutôt que de se soumettre à ces tortures. On se contenta par conséquent de faire comprimer les points saignans par des infirmiers, qui se relevaient sans cesse; ce simple procédé arrêta l'hémorrhagie, et le malade récupéra lentement une santé passable.

Dans ce cas comme dans beaucoup d'autres semblables, l'hémorrhagie fut la suite d'une lésion externe; mais il en est d'autres où elle se fit avec la même intensité sans aucune lésion des tégumens, à travers les pores du derme. En voici quelques exemples :

Obs. IIe. — Un menuisier, âgé de 22 ans, issu de parens sains, bien constitué, vigoureux, d'un tempérament sanguin et d'une humeur gaie, d'une santé bonne, quoique ayant fait plusieurs maladies d'enfance, me consulta, il y a six ans, à propos d'une affection fort incommode. Il y a quelques mois, disait-il, il s'aperçut en travaillant, d'une humidité de son bas du côté gauche, qu'il trouva plein de sang après l'avoir ôté. Etonné de ce phénomène et cherchant d'où provenait ce sang, il découvrit qu'il suintait par gouttes de la peau du genou, sans qu'il y eut de plaie à cette partie; elle n'était pas non plus douloureuse, et ne présentait rien d'anormal; ce suintement sanguinolent cessa après trois jours et n'eut pas de suite. Mais depuis lors l'hémorrhagie se renouvella de six en six semaines et disparut toujours comme la première fois; je cherchai avec la plus grande attention à découvrir la cause de ce phénomène extraordinaire. Ce jeune homme ne présentait aucun signe de scorbut, ni d'autre dyscrasie, ni d'affection hémorrhoïdale; aucun signe n'indiquait un état de dissolution du sang, et on ne remarquait aucun indice de tumeur variqueuse au pied. La couleur vive rouge du sang qui suintait, prouve d'ailleurs, qu'il provenait des vaisseaux artériels. Ne pouvant dans ces circonstances, que suivre l'indication *ex juvantibus et nocentibus*, et le malade m'apprenant que la chaleur favorisait l'hémorrhagie, tandis que le froid la faisait diminuer, je lui prescrivit un régime sévère et acidulé, les acides minéraux, les bains froids, et pendant les accès les fomentations froides sur le genou. Ce traitement fut continué pendant tout un mois, mais sans succès; d'autres moyens, tels que l'alun cru appliqué à l'intérieur et à l'extérieur, ne produisirent pas de meilleurs effets. L'observation fut interrompue à cause de départ du malade.

Obs. IIIe.—Une dame âgée de 19 ans, ramassée et bien nourrie, d'une humeur gaie, d'un tempérament sanguin,

toujours bien portante depuis sa jeunesse et parfaitement bien réglée, éprouva tout à coup, à l'angle de l'œil droit, une démangeaison qui se transforma bientôt en douleur. En se regardant dans le miroir, elle voit sur la caroncule lacrymale, sans que celle-ci soit lésée, une goutte de sang, qui, enlevée par le mouchoir, est bientôt remplacée par une autre; elle y applique une compresse mouillée d'eau froide; la sécrétion sanguine persiste pendant plusieurs jours et cesse alors d'elle-même. Quelques semaines se passent sans incidens, lorsque ce suintement sanguin paraît de nouveau. Ce suintement ne remplaçait pas la menstruation, car elle se faisait régulièrement et à jour fixe. Aussi dans ce cas, il me fut impossible de savoir quelque chose de précis sur la nature et la cause de ce phénomène. Dans le but de provoquer une contraction des vaisseaux relâchés, je fis fomenter la partie avec une dissolution d'alun; en même temps j'ordonnai des révulsifs, des pédiluves, etc. Quoique dans le principe ces moyens firent cesser l'hémorrhagie, elle reparut après quelques semaines et resta rebelle à toute médication. Je perdis la malade de vue et j'ignore si un autre médecin fut plus heureux que moi.

Obs. IVe. La femme d'un bourgeois de cette ville, âgée de 36 ans, d'une constitution très-délicate, et atteinte d'un commencement de phthisie pulmonaire, accoucha en 1822 d'un jumeau, dont l'un était mort et l'autre asphyxié; ce dernier du sexe mâle, rappelé à la vie par l'accoucheur, fut tellement délicat et faible, qu'on douta s'il survivrait 24 heures. On parvint par des soins extraordinaires à conserver cet enfant, et tout le monde s'étonna des progrès que fit sa santé. L'enfant, âgé d'un an, fut subitement et sans cause extérieure atteint de paralysie du bras droit, laquelle disparut après trois jours par une sueur abondante, qui reparut à plusieurs reprises, sans laisser de trace. Il est encore à noter que la constitution de cet enfant était tellement rebelle au virus vaccin, que l'on dût répéter trois fois la vaccination avant qu'elle réussit. Du reste, sa santé était satisfaisante, et il atteignit la cinquième année sans accidens. A cette époque, l'enfant fut pris d'un saignement de nez tellement violent, qu'il perdit plus d'une livre de sang; la peau de tout le corps devint d'un pâle de cire et la mort ne semblait pas être éloignée. Le malade refusa pendant plusieurs jours des alimens solides, et ce ne fut qu'à l'aide de liquides mucilagineux et de moyens acidulés qu'on soutint les forces. Par ces moyens il reprit peu à peu son premier état, tout en conservant la faiblesse congéniale. Toutes les parties solides et molles de cet enfant, semblent plutôt appartenir à une organisation femelle que mâle. Sa disposition particulière aux saignemens du nez n'a pas disparu depuis la première fois que ce phénomène a eu lieu; il se renouvelle tous les cinq à six mois, et toujours avec une telle intensité qu'on appréhende pour les jours du malade. La plus légère indisposition, soit un rhume ou une indigestion, le provoque. Au moment où l'enfant avait la rougeole, le saignement du nez fut tellement violent qu'on le crut perdu. Malgré la fréquence de ces pertes et la faiblesse momentanée qui leur succède, chaque fois l'accroissement du corps et le développement des facultés intellectuelles ne se trouvent en rien arrêtés; ce garçon âgé maintenant de 13 ans, a fait des progrès considérables dans l'éducation physique et mentale. (*Vol.* II, *livr.* I, 1836).

HEIDELBERGER

KLINISCHE ANNALEN.

Sur la pneumonie et sa guérison ; par A. Ruef.

Le nombre des pneumoniques que j'ai traités par le tartre stibié depuis 3 ans, s'élève à 94. Il en est mort cinq. Il faut cependant observer que par un choix sévère j'ai exclu de ce chiffre toutes les affections qui n'étaient pas pneumonies franches, telles que des catarrhes pulmonaires ou bronchiques, où celles où la pneumonie, comme maladie compliquante, n'a joué qu'un rôle secondaire.

Dans les premiers temps j'employai le tartre stibié d'après la méthode de Laënnec, en donnant au malade le tartre stibié à la dose d'un grain de deux en deux heures à plusieurs reprises et en le laissant alors reposer pour quelque temps. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'à chaque intervalle de l'usage du médicament, une récrudescence et de l'affection locale et de la fièvre avait lieu et disparaissait de nouveau aussitôt que l'émétique était repris. Depuis, j'administre ce remède sans interruption, en faisant dissoudre un certain nombre de grains de tartre stibié en un égal nombre d'onces de liquide, de sorte que chaque cuillerée contient un demi grain de tartre stibié, et je continue de la sorte jusqu'à la fin de la maladie. Rien de plus remarquable que l'effet rapide de cette méthode. A peine les premières douze heures de cette médication se sont-elles passées, que tous les signes pneumoniques disparaissent et que le malade ne se plaint plus que de lassitude, de soif et d'un peu de toux. Il est rare cependant que ce premier soulagement soit complet, lorsqu'on essaie de cesser l'usage de l'émétique. La douleur pleurétique, l'oppression, la fièvre reparaissent après 6 ou 12 heures, et on se voit obligé d'avoir de nouveau recours à l'agent qui avait conjuré d'abord ces symptômes.

L'emploi du tartre stibié n'exclut pas celui des saignées générales; c'est, au contraire, en se suppléant réciproquement, que l'action réunie de ces deux moyens héroïques devient spécifique dans la pneumonie; et bien que le tartre stibié, par son influence débilitante sur le système sanguin, diminue la nécessité des déplétions, rien n'empêche qu'on ne puisse opérer 4 et 5 saignées en même temps qu'on le donne, lorsque l'intensité de la pneumonie le commande.

En ce qui concerne l'indication de la saignée, le pouls ne peut pas servir de boussole. L'opinion générale est que le pouls dur et plein indique surtout la saignée; tout au plus, si l'on admet que dans les inflammations abdominales le pouls petit et serré soit un signe de l'intensité du travail phlegmasique. Cependant dans la pneumonie même ce n'est le plus souvent que durant les premiers jours de la maladie que le pouls est plein et dur; il devient, au contraire, petit et faible, à mesure que l'affection fait des progrès et surtout lorsque la structure organique des poumons commence à s'altérer et à passer à l'hépatisation ou quand cette dernière s'est déjà formée. De là, la timidité d'un grand nombre des praticiens à saigner les pneumoniques, lorsqu'ils sont arrivés à une époque un peu avancée de la maladie; timidité, qui certainement a déjà coûté la vie à bien des malades.

La douleur locale ne peut pas non plus déterminer le choix d'une saignée. Combien de cas n'a-t-on pas vu, où ce symptôme manque malgré toute la certitude qu'on a de l'existence d'une véritable pneumonie? Le seul signe qui trompe rarement, c'est la respiration gênée, imparfaite et accélérée, alors que le thorax ne se dilate que partiellement, et que le malade reste avec la bouche constamment béante et les aîles du nez se mouvant sans cesse. Tant que ces symptômes persistent, point de diminution dans l'inflammation. Il se peut même qu'*après* une saignée la douleur gagne en intensité et le pouls en plénitude; les poumons s'étendant mieux, la respiration devient plus franche, signe certain de la marche rétrograde du travail phlogistique.

Je vais parler de quelques accidens que j'ai presque toujours observés durant l'usage du tartre stibié et qui, à ma connaissance, n'ont été notés jusqu'ici par aucun auteur. Le second ou troisième jour de l'emploi de cet agent la langue quelque sèche, aride et brune qu'elle ait été, redevient humide; sa surface se recouvre d'un enduit floconneux et muqueux, elle devient plus épaisse et immobile, et on voit sur ses côtés les impressions des dents telles qu'on les observe par suite d'une salivation mercurielle. Dans la gorge aussi se voient de ces flocons de mucosités, qui obligent le malade à cracher et rendent la voix rauque. Bientôt on voit à la surface de la langue et surtout à sa pointe se former des petits ulcères ronds, blancs et à fond lardacé, grands comme une lentille ou un pois, et douloureux. Ils disparaissent du moment qu'on cesse l'usage du tartre stibié : il est des malades, chez lesquels le gonflement de la langue et du pharynx devient tel qu'il les empêche de parler. Ces phénomènes n'offrent cependant jamais de la gravité; ils sont au contraire toujours accompagnés d'une amélioration sensible de l'affection pulmonaire. Cet état, qui, probablement, succède aussi à l'usage des autres antimoniaux à fortes doses, mérite peut-être d'être appelé *salivation antimoniale*. La sécrétion morbide de la

bouche cesse peu à peu, la langue se nettoie, devient écarlate et est comme recouverte d'un nouvel épiderme; elle est alors sèche et le malade se plaint d'une soif plus ou moins intense.

Quelque sèche que fut d'abord la toux, elle devient humide sous l'emploi du tartre stibié. Ce n'est que du 4me jusqu'au 8me jour qu'on peut se permettre d'en interrompre l'usage, et abandonner ensuite l'affection aux forces médicatrices de la nature. Je continue toujours encore pendant quelque temps, même après avoir discontinué l'usage du tartre stibié à doses élevées, de l'administrer *in refracta dosi* avec le mucilage de gomme arabique et quelquefois avec l'eau de laurier-cerise.

Jamais je n'administre aux pneumoniques ni de l'opium ni d'autres substances narcotiques; et cela parce que j'en ai constamment vu succéder de mauvais résultats. Même je pense que cette classe de remèdes favorise fréquemment le passage des premières périodes de la pneumonie à l'hépatisation.

La grossesse n'est pas une contre-indication de l'usage du tartre stibié. (L'auteur appuie cette assertion par sept observations, dont nous ne pouvons donner ici les détails.) Il ne peut mal de provoquer l'avortement, et il ne peut en résulter d'autre influence nuisible pour l'accroissement et la santé de l'enfant.

L'hémoptysie est-elle un état qui contre-indique l'usage du tartre stibié? M'appuyant sur deux faits, où nonobstant un crachement de sang considérable le tartre stibié n'a pas moins produit des effets très-favorables, je réponds à cette question par la négative.

On cite encore comme contre-indication la circonstance où le malade ne paraît pas supporter le remède, et où ce dernier donne lieu à des évacuations trop violentes. On aurait cependant tort d'en interrompre l'usage immédiatement à cause du grand nombre des évacuations et j'ai pris pour règle de le continuer pendant trois jours, au bout de quel temps, s'il n'y a pas de soulagement, je cesse son emploi.

Je me range d'ailleurs de l'avis de Laënnec, que l'action salutaire du tartre stibié n'est pas aussi prononcée dans le rhumatisme articulaire et musculaire que dans la pneumonie; aussi réussit-il en général moins bien chez les personnes avancées en âge que chez des individus plus jeunes.

C'est dans l'action du tartre stibié sur les membranes muqueuses, dont il augmente constamment la sécrétion, que je crois trouver la raison de ses effets salutaires. Aussi peut-on être certain d'une amélioration du moment que la sécrétion de la muqueuse des voies aériennes vient à être augmentée; et toujours ai-je observé que je perdais les pneumoniques, quand cette sécrétion n'avait pas lieu.

(Vol. II, livr. I, 1836).

JOURNAUX ITALIENS.

Les journaux de médecine italiens qui nous sont parvenus ce mois-ci, n'offrent de vraiment intéressant, en fait de travaux originaux, que les observations suivantes :

Deux observations d'anévrisme de l'artère intervertébrale par suite de blessures.

Le premier cas est celui d'un individu qui, par suite d'une blessure, reçue il y a quelque temps, présenta une tumeur anévrysmatique à la partie latérale et supérieure du côté gauche du cou. Tous les moyens étant resté sans succès, on pratiqua la ligature de l'artère carotide primitive de ce côté, espérant par là d'intercepter le cours du sang à travers le vaisseau anévrysmatique. La tumeur ne continua pas moins de battre avec la même force, et d'augmenter de volume, au point qu'elle se rompit et qu'une hémorrhagie foudroyante mit fin aux jours du malade. A l'autopsie, on trouva derrière l'angle de la mâchoire inférieure la tumeur, de la grandeur d'un œuf d'oie et remplie de sang caillé; le fond du sac anévrysmatique était sphacélé; le trajet des artères voisines étant mis à découvert, on s'aperçut que la tumeur anévrysmale appartenait à l'artère intervertébrale du côté gauche.

La seconde observation a rapport à un individu chez lequel une plaie par instrument tranchant au côté gauche du cou, derrière l'angle de la mâchoire inférieure, fut suivie d'une abondante hémorrhagie. La plaie réunie à l'aide de points de suture, se cicatrisa en huit jours par première intention. Mais l'hémorrhagie ne tarda pas à se renouveler une seconde et même une troisième fois; le malade, entré alors à l'hôpital, en fut pris de nouveau. On parvînt encore à arrêter l'écoulement du sang. Sur ces entrefaites cependant une tumeur s'éleva, la peau, à son centre, devint livide et forma une escarre. On résolut de pratiquer la ligature de l'artère carotide primitive; le professeur Lattolica voulant s'assurer avant de nouer le fil, si la ligature de la carotide interceptait en effet le cours du sang vers le sac anévrysmal, comprima le vaisseau entre son pouce et son doigt indicateur; et s'apercevant de l'inutilité de cette manœuvre, il renonça à achever la ligature et guérit la plaie par première intention. Dès-lors on conçut le soupçon que l'artère intervertébrale pouvait être intéressée. La dégénérescence de la surface externe de la tumeur fit des progrès et le malade succomba à une fièvre nerveuse gastrique deux mois après son admission à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva en effet un anévrysme de l'artère vertébrale du côté gauche.

M. le professeur Castellacci a proposé à l'académie de Naples le programme suivant de questions :

I. Dans les cas où l'artère intervertébrale a été blessée, par quelle médication est-il possible d'empêcher la formation d'un anévrysme?

II. Un tel anévrysme formé, peut-on espérer d'en obtenir la guérison sans opération chirurgicale; ou faudra-t-il avoir recours à cette dernière?

III. Dans cette dernière nécessité, quels sont les préceptes, qui doivent guider l'opérateur pour éviter la lésion des nerfs et des vaisseaux sanguins voisins de celui dont il se propose de pratiquer la ligature?

L'académie a chargé les professeurs Grillo et Castellacci de tenter à ce sujet des expériences sur le cadavre et de lui en présenter un rapport.

(*Omodei, Annali univ. di medic. Avril* 1836.)

Sur l'usage de la ballota lanata, dans les affections rhumatismales et arthritiques; par le professeur Brera.

Après quelques remarques préalables sur la pathologie des maladies rhumatismales et goutteuses, que l'auteur regarde comme dues à une supersaturation par une matière morbifique, il arrive à la conclusion, qu'on peut remplir les indications thérapeutiques de cette maladie, en enlevant cette matière aussitôt qu'elle est produite. Dans ce but il recommande l'usage des remèdes propres à augmenter les sécrétions de la peau, des reins, etc.; il considère la *ballota lanata*, comme la plante la plus efficace pour enlever au sang la matière morbide qui le supersature, et pour prévenir sa reproduction. Pallas et Gmélin, qui ont les premiers découvert cette plante, disent qu'on l'emploie fréquemment en Sibérie, contre l'hydropisie. Behman, médecin prussien qui la fit connaître à Brera, et qui lui procura la véritable plante, la trouva à son tour de la plus grande utilité, pour faire disparaître par les voies urinaires, les épanchemens hydropiques produits par des congestions viscérales. M. Brera trouvant que grand nombre de ces affections étaient compliquées de goutte et de rhumatisme, l'essaya dans ces dernières maladies. Les résultats qu'il en obtint surpassèrent son attente. Ces faits furent constatés par un grand nombre d'autres médecins. Nous choisissons l'observation suivante dans le grand nombre de celles que M. Brera a rapportées.

Un sapeur fut affecté d'une douleur très-vive dans les muscles pectoral et mastoïdien du côté droit, à la suite d'un refroidissement et du passage subit à une température élevée, douleur qui s'irradia aux muscles dorsaux et lombaires. L'usage des purgatifs salins et des diaphorétiques, des fomentations, des lotions avec l'acide prussique, des linimens d'huile de jusquiame et des bains chauds, diminuèrent les douleurs, sans les

faire entièrement disparaître. En 1831, dans le courant de l'été, après deux ans de maladie, l'affection gagna en intensité et les douleurs s'étendirent à toutes les articulations et aux muscles fémoraux, au point de rendre le malade incapable de soulever ses bras, de fermer le poignet, et de mouvoir pieds et jambes. Le 3 septembre il commença l'usage de la ballota en décoction, à la dose d'une once sur une livre d'eau, réduite par la coction à 8 onces de collature, quantité qu'il devait consommer dans la journée.

La nuit, le malade ne put dormir à cause d'une chaleur brûlante à laquelle il fut en proie vers l'aube du jour; cette chaleur se dissipa par une transpiration abondante, accompagnée d'un peu de délire. Du moment où la transpiration commença les douleurs cessèrent entièrement, et le malade se trouva bien toute la journée du 4. La nuit suivante, il prit de nouveau le médicament; la sueur et le délire, plus violents que la première fois, durèrent moins longtemps. Il prit le lendemain une troisième dose, et les symptômes critiques perdirent beaucoup de leur intensité dans la nuit suivante. Dès lors il éprouva un besoin constant de lâcher l'eau, qui coulait en abondance. Les urines étaient fétides, d'une couleur orange foncée, et déposant une grande quantité de sable de la même couleur. Les douleurs diminuèrent à tel point que le cinquième jour il put quitter le lit, et le 8 il sortit. Le même jour, la dose de la *ballota* fut augmentée de 2 gros; le malade continua à prendre journellement les huit onces de décoction en deux fois. Le progrès de l'amélioration fut tellement rapide que le 20 septembre, 17e jour du traitement, le malade avait recupéré toutes ses forces et l'appétit.

La *ballota lanata*, est indigène dans la partie de Sibérie contiguë à l'empire de Chine. Cueillie pendant la floraison, elle est envoyée dans des ballots couverts de fourrures; toute la plante est employée; son odeur ressemble à celle du thé. Elle a une saveur âcre et un peu amère. L'infusion froide de cette plante n'est pas tout à fait limpide, et a une couleur jaune verdâtre. La plante communique toutes ses propriétés actives à de l'alcool faible. La meilleure forme pour son administration est la décoction, en mettant un demi-gros de cette plante sur 8 onces de collature, qu'on fait prendre en quatre doses dans les 24 heures. La force de la décoction doit varier selon les circonstances. Il est essentiel que ce soit la ballota de Sibérie; celle cultivée dans les jardins lui est bien inférieure.

Les vertus diurétiques de la ballota lanata sont confirmées par trois cas, rapportés dans le même journal, par le docteur Luzzati. Le premier est un anasarque consécutif d'une affection rhumatismale; l'autre est celui d'un anasarque produit par 4 saignées, pratiquées chez un malade âgé de 73 ans et atteint de bronchite aiguë. Le troisième est un rhumatisme à la suite des couches. (*Antologia medica. Février* 1836.)

Dr. Canstatt.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Neuf années à Constantinople ; observations sur la topographie de cette capitale, l'hygiène et les mœurs de ses habitans, l'islamisme et son influence, la peste, ses causes, ses variétés, sa marche et son traitement, la non-contagion de cette maladie, les quarantaines et les lazarets ; par le docteur Brayer. Paris, 1835, 2 vol. in-8°.

Cet ouvrage, dont le titre promet tant de choses, est divisé en deux parties : la première, qui occupe tout le premier volume, est consacrée à la description topographique de Constantinople et ses environs, ses usages, ses mœurs, sa religion, etc. Parmi le grand nombre de faits et de détails intéressans que ce volume renferme, nous regrettons que l'auteur ait glissé trop légèrement sur les *thériaki* (preneurs d'opium) et sur les effets qui résultent de l'usage immodéré de cette substance, chose qui méritait cependant de fixer l'attention du médecin.

M. Brayer examinant les facultés morales et intellectuelles des Musulmans, trouve qu'il est plus conforme à l'état actuel de la science de les étudier suivant la méthode phrénologique; et quoiqu'il n'ait jamais touché la tête d'un musulman, puisque d'après lui ce serait l'offenser que de le prier de se prêter à des pareilles recherches, voici comment il s'exprime à cet égard :

« Comme il est maintenant reconnu que telles facultés produisent toujours telles formes du crâne,..... j'ai pu, en remarquant les protubérances que le turban ne recouvre pas, juger des qualités dont elles sont les indices, et en observant le jeu des autres facultés, juger de la force ou de la faiblesse des protubérances que je ne pouvais apercevoir. »

La science phrénologique ne peut guère s'appuyer sur des observations aussi imparfaites, et nous doutons qu'elle en retire quelque profit.

La seconde partie a seule le droit de nous occuper, puisque seule elle traite des questions médicales. Faire connaître la peste, ses causes, sa marche, ses symptômes, son diagnostic et son traitement, prouver qu'elle est épidémique et non-contagieuse, tel est le but de l'auteur. Ce sont là des questions qui sont bien propres à intéresser la curiosité du lecteur ; mais malheureusement M. Brayer ne nous satisfait pas complétement sur ce point; son livre ne contient pas une seule observation de peste qui soit complète; les obstacles qu'il a rencontrés dans un pays où tout le monde est contagioniste, où dès la première apparition chacun se renferme chez soi, s'isole de la manière la plus minutieuse et fait de sa maison un véritable lazaret, où les ouvertures des corps sont interdites, et où le médecin peut rarement suivre un malade depuis le début de sa maladie jusqu'à sa terminaison, ainsi que l'auteur nous l'apprend, on conçoit qu'il est impossible de recueillir des faits exacts. Là surtout on ne peut apporter trop de circonspection dans le diagnostic des maladies qui se rapprochent par quelques caractères. Aussi l'auteur a-t-il eu soin de consacrer un chapitre à l'examen des *maladies simulant la peste.* M. Brayer, il faut bien le dire, n'a pas été heureux dans le choix des observations propres à établir la différence des maladies *simulant la peste* de la *véritable peste.* Plusieurs de ces observations manquent de précision et de clarté, et nous doutons que les conséquences qu'il en tire soient positives et à l'abri de toute critique.

La peste est, d'après notre auteur, une épidémie soumise aux variations de la température, et dépendant de la détérioration de l'air atmosphérique, dont l'action délétère agit sur la population de Constantinople comme le sirocco sur celle de la Sicile.

La meilleure méthode de traitement de la petse est, selon lui, le traitement antiphlogistique suivi par les médecins physiologistes dans la gastro-entérite. Le traitement préservatif consiste dans l'observation des lois hygiéniques, la propreté et l'isolement, moyens qui ne sont pas cependant toujours infaillibles. Les lazarets lui paraissent à peu près inutiles, le contact médiat et immédiat, n'ayant aucune influence sur la propagation de la maladie. Cette opinion est fondée en outre sur ce que les réglemens de ces établissemens sont souvent violés sans que la santé publique en soit altérée.

Cette analyse succincte suffira pour donner une idée de l'ouvrage de M. Brayer; quelle que soient les interprétations de l'auteur, son livre renferme des détails intéressans sur les mœurs, les usages et les coutumes des pays qu'il a habités, et un grand nombre de faits nouveaux qui ne seront pas perdus pour la science; et à ces titres nous en recommandons la lecture à tous ceux qui s'occupent de la question de la contagion et des quarantaines.

Hygiène philosophique des artistes dramatiques, ou *Traité des causes physiques, intellectuelles et morales, qui, engendrées ou favorisées par l'exercice de l'art dramatique, peuvent compromettre la santé des artistes qui cultivent cet art;* par le docteur Brouc. Paris, 1836, 2 vol. in-8°.

L'hygiène, cette vaste science qui nous enseigne à nous préserver des maladies, n'a pas jusqu'ici reçu dans le monde la considération qu'elle mérite par les immenses bienfaits qu'elle a répandus sur la société prise en masse. A peine si l'on daigne s'en occuper, et si

même, parmi les diverses branches qui constituent les sciences médicales, elle occupe le rang élevé qui lui est assigné. M. le docteur Brouc a senti que de nouvelles tentatives restaient à faire pour la constituer, et que pour faire comprendre toute son importance, en approfondir tous les détails, il fallait l'étudier dans les limites étroites de chaque profession. Il semblerait au premier abord que l'étroitesse de la spécialité qu'il a entrepris de traiter, ne doit offrir qu'un intérêt très-borné et ne mériter qu'une attention fort minime de la part des médecins. Telle fut, du moins, l'opinion que nous nous formâmes d'abord et qui naîtra dans l'esprit de chacun à la lecture du titre de l'ouvrage; mais nous n'avons pas tardé de nous détromper, et cette prévention désavantageuse s'est éloignée à mesure que nous poursuivions l'examen du livre. Nous faisons des vœux pour que l'exemple de M. Brouc soit suivi, car nous pensons que ce n'est pas trop des recherches d'un seul homme pour chacun des points qui embrassent le domaine de l'hygiène; la réunion de chacune de ces parties isolées, traitées *ex professo* avec tous les détails qu'elle comporte, formerait d'amples matériaux, qui seraient avantageusement mis en œuvre pour la confection d'un ouvrage complet sur la matière.

On s'étonnera sans doute que l'auteur ait trouvé matière à composer deux volumes sur un sujet qui paraît aussi restreint: mais cet étonnement cesse quand on voit l'immensité de détails qu'ils embrassent.

M. Brouc a divisé son travail en quatre parties; la première traite des *influences des causes extérieures physiques*. Après avoir passé en revue les trois ordres des modificateurs désignés par les expressions de *circumfusa*, *applicata* et *ingesta*, et quelques considérations sur leur action en général, l'auteur énumère les circonstances physiques auxquelles l'exercice de l'art dramatique expose un acteur et fait l'application des règles communes à ces diverses circonstances.

La deuxième partie s'occupe de *l'influence de l'exercice de l'art dramatique sur les fonctions de l'économie*. Ici l'auteur passe en revue les mouvemens que l'artiste exécute pendant les jeux scéniques, les exercices de la voix, les efforts pour exprimer les passions, les influences de l'émotion.

La troisième partie a pour titre : *Influence des travaux intellectuels que réclame l'art dramatique*. Cette partie nous a paru tronquée; douze pages seulement sont consacrées à une matière qui comporte de si grands développemens.

La quatrième partie enfin, est consacrée aux *influences morales* dont le développement est favorisé par l'exercice de l'art dramatique. Cette portion de l'ouvrage est traitée avec beaucoup de lucidité; l'auteur s'y montre vraiment philosophe. Les passions de l'*amour physique, du vin, du jeu, de la jalousie*, sont passées successivement en revue. L'auteur a traité ces différens points en homme qui parle d'après sa propre expérience, et avec un talent et une justesse remarquables. Nous signalerons encore comme faisant partie du livre de M. Brouc, des considérations d'hygiène publique sur la situation, la construction, la distribution et l'administration intérieure des théâtres.

« Mon but, dit l'auteur, en me livrant à ce travail, n'a pas seulement consisté à indiquer les lésions morbides qui affligent d'ordinaire l'artiste dramatique et les précautions que l'on doit leur opposer. J'ai envisagé mon sujet d'un coup-d'œil plus vaste. J'ai tâché de montrer l'intime liaison qui unit la prospérité de l'art à la prospérité des artistes eux-mêmes, et ce double avantage au perfectionnement des idées sociales, etc. »

Ce but, fort louable sans doute, nous paraît avoir été complétement atteint dans le livre que nous venons d'analyser, et nous pensons que M. Brouc a fait une chose utile et dont on doit lui savoir gré. Nous désirons que son exemple trouve des imitateurs.

Traité pratique de la syphilis; par M. le baron Ph. Boyer, chirurgien de la maison royale de santé de Paris, ancien chirurgien de l'hôpital des vénériens de la même ville, professeur agrégé à la faculté de médecine, chevalier de la légion d'honneur, etc. — 1 vol. in-8°; Paris, 1836, chez Béchet jeune.

L'auteur de cet ouvrage, tout à fait pratique, ne débute pas, comme tous ceux qui ont écrit sur le même sujet, par une narration historique sur l'origine de la syphilis, ce qui dans le fond est peu important à savoir pour le médecin-praticien; il entre de suite en matière et divise son travail en trois parties : 1° de la syphilis en général et de la syphilis primitive; 2° de la syphilis consécutive et de la syphilis congéniale; 3° traitement de la syphilis.

M. Boyer annonce que sa doctrine diffère en plusieurs points avec les opinions généralement reçues. Il n'appartient pas à la nouvelle école qui repousse l'idée de l'existence d'un virus particulier, transmissible par contagion; il professe au contraire la doctrine des contagionistes-virulens les plus exclusifs, doctrine qui est appuyée sur des faits et des raisonnemens très-lucides et qui doivent immanquablement ébranler la conviction du petit nombre de ceux qui croient encore à la non-existence du virus vénérien. Il divise la maladie vénérienne, ainsi qu'on a déjà pu le voir par la distribution de l'ouvrage, et comme l'ont fait tous les auteurs qui ont écrit sur cette maladie, en primitive ou récente, et en consécutive ou invétérée, décrit avec clarté les différentes formes sous lesquelles elles se montrent et expose leur traitement.

Il y aurait bien des choses à dire sur l'ouvrage de M. Boyer; nous pourrions citer plusieurs passages qui sont en contradiction avec notre manière de voir, signaler des fréquentes répétitions, mais nous aimons à nous dispenser de ces soins, que nous abandonnons aux critiques sévères; il nous suffit d'avoir appelé l'attention des praticiens sur un livre, qui, malgré ses imperfections, sera lu et médité avec fruit par ceux qui cherchent la vérité. (M.)

The Philosophy of Health, or, an Exposition of the Physical and mental constitution of man, with a view to the Promotion of Human Longevity and Happiness.

(Philosophie de la santé; ou exposé de la constitution physique et morale de l'homme, sous le rapport de son influence sur la durée et le bonheur de la vie; par Soutwood Smith. Vol. I. Londres, 1835, 8°. pp. 408.)

The Principles of Physiology applied to the Preservation of Health and to the Improvement of Physical and mental education. (Les principes de la physiologie dans leur application à la conservation de la santé et à l'amélioration de l'éducation physique et morale; par André Combe.) Troisième édition. Edinbourg, 1835. 8°. pp. 404.

On the Influence of Atmosphere and Locality; Change of Air and Climate; Seasons; Food; Clothing; Bathing; Exercise; Sleep; corporeal and Intellectual Pursuits: etc., etc., etc.; on Human Health; constituting Elements of Hygiène. (Sur l'influence de l'atmosphère et des localités; du changement de l'air et du climat; des saisons; de la nourriture; des vêtemens; des bains; de l'exercice; du sommeil; des travaux corporels et d'esprit etc., etc., etc.; sur la santé de l'homme; le tout comprenant les élémens de l'hygiène. Par Robley Dunglison; professeur à l'université de Maryland.) Philadelphie, 1835. pp. 514.

Lectures on the Ordinary Agents of Life, as applicable to Therapeutics and Hygiène; or, the Uses of Atmosphere, Habitations, Baths, Clothing, Climate, Exercise, Food, Drinks, etc., in the Treatment and Prevention of Disease. (Leçons sur les agens ordinaires de la vie dans leur application à la thérapeutique et à l'hygiène; ou sur l'utilité de l'atmosphère, des habitations, des bains, de la manière de s'habiller, du climat, de l'exercice, des alimens, des boissons etc., dans le traitement et dans la prophylaxie des maladies. Par Alex. Kilgour.) Edimbourg, 1834. 8°. pp. 359.

Lectures on the Means of Promoting and Preserving Health, delivered at the mechanics' Institute, Spitalfields. (Leçons sur les moyens de conserver et d'améliorer la santé; faites à l'institution pour les artisans à Spitalfields; par F. Hodgkin.) Londres, 1835. 8°. pp. 449.

Les titres des cinq ouvrages que nous venons de transcrire indiquent qu'il y a en ce moment en Angleterre un mouvement extraordinaire dans la littérature de la partie hygiénique de l'art de guérir. La plupart d'entre eux semblent être destinés à répandre dans toutes les classes de la société, des notions sur l'art de conserver la santé.

Il est assez commun que les personnes étrangères à la médecine cherchent à connaître certaines règles pratiques sans s'enquérir du raisonnement sur lequel ces dernières sont fondées, et ces connaissances superficielles sont plus souvent nuisibles qu'utiles. Or, dans cet état de choses c'est une précieuse acquisition que celle d'un ouvrage, comme celui de Southwood Smith qui, orné d'un grand nombre de gravures instructives, est destiné à présenter d'une manière claire et intelligible, une idée exacte de tout ce que nous savons de la structure et des fonctions de notre organisation et à préparer ainsi le lecteur à mieux comprendre les principes qui servent de base à l'hygiène et à la thérapeutique. Ce volume est divisé en sept chapitres, dont les quatre premiers sont consacrés à des considérations générales. Le cinquième, qui comprend presque la moitié de l'ouvrage, est plein de détails intéressans relatifs à l'anatomie générale et descriptive du corps humain et rendus intelligibles par un grand nombre de planches. Le sixième chapitre traite des caractères du sang; et dans le septième la circulation se trouve décrite. Les descriptions de l'auteur sont claires et précises et ne peuvent manquer de laisser une impression durable dans l'esprit du lecteur.

M. Southwood Smith se plaint avec raison de ce que jusqu'ici on a négligé en Angleterre (et aussi en d'autres pays,) d'introduire dans les écoles et les colléges, comme branche d'éducation, l'étude de la structure et des fonctions du corps humain; l'auteur a eu raison de faire ressortir l'importance de ce genre d'étude, surtout pour ceux qui se destinent à une profession libérale, les avocats, les magistrats et les législateurs, en signalant quelques conséquences qui résultent du défaut de ces connaissances.

L'ouvrage de M. Combe est aujourd'hui fort répandu en Angleterre et en Amérique; un an s'est à peine écoulé depuis sa première publication, que déjà une troisième édition est devenue nécessaire dans le premier de ces pays et qu'il a été réimprimé en Amérique. Après avoir fait sentir, dans sa préface, l'importance de l'étude de la physiologie sous le rapport de son application à la conservation et à l'amélioration de la santé, l'auteur traite de la structure et des fonctions de la peau, de la nature du système musculaire, de la structure et de l'usage des os et des poumons; de la nature du système nerveux et des facultés intellectuelles. La partie descriptive de chacun de ces sujets est suivie de réflexions sur les règles à observer pour maintenir ces organes à l'état de santé.

Le premier chapitre comprend la description de l'épiderme du système muqueux et de la peau. Le deuxième a rapport à l'état normal de la peau et à l'influence qu'elle exerce sur l'économie en général; c'est peut-être la partie la plus importante de l'ouvrage, en ce que la négligence dans la manière de s'habiller, comme il convient aux différences de climat et des saisons, est une des infractions les plus fréquentes aux règles de la diététique. Les remarques de M. Combe sur l'utilité de la flanelle, sur la nécessité de la ventila-

tion des chambres à coucher et de l'exposition des literies à l'air, sur l'influence de la lumière, sur la nécessité des bains, etc., sont extrêmement judicieuses. Les chapitres sur le système musculaire, sur les effets de l'exercice et sur les règles à observer sous ce rapport, sur les os et les poumons ne méritent pas moins l'attention du lecteur. Dans le dernier de ces chapitres, l'air sain, malsain ou infecté, l'influence de diverses occupations et situations et la ventilation des établissemens publics, des églises et des écoles sont prises en considération. Quoique le nom de M. Combe soit intimement lié à la science phrénologique, l'auteur a cependant évité dans le chapitre sur le système nerveux et sur les facultés intellectuelles et dans celui qui le suit, intitulé : règles pour l'exercice des facultés intellectuelles, de faire allusion à cette science dans un autre sens que dans celui de partir de ses premiers principes, savoir : que le cerveau est l'organe de l'intellect et qu'on peut regarder ses lobes antérieurs comme siége des facultés intellectuelles. C'est sur ces principes que l'auteur s'appuie pour démontrer combien il convient peu de ne laisser à cet organe presque aucun intervalle de repos et à le maintenir dans une surexcitation continuelle, comme cela se pratique de nos jours, où cette infraction aux lois hygiéniques choisit ses victimes tant parmi les enfans, qu'on tâche de bourrer de science, que parmi les adultes, portés trop fréquemment, par l'ambition de sacrifier leur santé physique, à des vaines jouissances. M. Combe a un talent particulier d'assaisonner les préceptes et les idées qu'il expose dans son ouvrage, par une foule d'exemples. Il promet dans ce volume une continuation de ses réflexions sur les autres fonctions importantes du corps, et en effet, un nouveau volume *sur la digestion* vient de paraître.

Les ouvrages de MM. Dunglison et Kilgour sont plutôt destinés aux médecins qu'au public; celui de M. Kilgour se rapporte plus spécialement à l'hygiène particulière; celui de M. Dunglisson à l'hygiène publique. Les objets traités dans ce dernier ouvrage sont l'atmosphère et la localité, les alimens, les vêtemens, les bains, l'exercice, le sommeil, les occupations intellectuelles et corporelles. Dans un chapitre supplémentaire l'auteur a rassemblé un grand nombre de faits concernant le malaria et la température. C'est peut-être un des meilleurs manuels d'hygiène que nous possédions.

M. Hodgkin nous présente en quatre leçons, pleines d'instruction, un modèle de la méthode à suivre pour répandre des notions utiles d'hygiène parmi les classes inférieures de la société. La première leçon comprend les sujets de l'air, de la lumière, de la propreté et des vêtemens; la seconde concerne le choix des alimens solides et liquides; la troisième a pour objet le mouvement musculaire et les facultés intellectuelles, et la quatrième la succession des générations et l'éducation de la jeunesse. La seule énumération de ces matières suffit pour faire sentir l'utilité de ces leçons pour les classes ouvrières.

—

Handbuch der verordnungslehre. Von Dr. Ph. Phoebus, Privatdoc an der univ. u. prakt. Arzt in Berlin. 2te gaenzlich umgearbeitate auflage. I. *Theil. allgemeine verordnungslehre.* Berlin, 1835. XVI und pp. 408, 8. (Manuel de l'art de formuler.)

Cet ouvrage contient, outre la partie pharmaceutique de l'art de formuler et les préceptes chimiques et physiques relatifs à la composition des formules, les règles thérapeutiques sur les organes d'application, la doctrine des doses, et ses préceptes par rapport à l'individualité des malades. L'auteur fait souvent des digressions dans le domaine de la partie générale de la matière médicale et de la thérapeutique; le style est lucide et toutes les parties de l'ouvrage sont traitées avec un soin remarquable.

Beitraege zur aerztlichen Behandlund mittelst des mineralischen magnetismus. Von Dr. M. E. Bulmerincg, k. russ. Hofr., etc. Mit einer vorrede v. prof. D. H. Steffens. Berlin, 1835, VIII, u. pp. 74, 8. (Fragmens sur les effets du magnétisme minéral.)

M. Bulmerincg explique les effets souvent fort remarquables du magnétisme minéral par le dégagement du fluide magnétique, accumulé dans le malade, qui s'opérerait par le moyen de l'aimant bien appliqué. Voici en quoi consiste le procédé de l'auteur : après avoir appliqué deux aimans en forme de fer de cheval à l'extrémité inférieure du corps, (le mieux aux mollets) comme l'ont déjà fait *Mesmer* et *Unzer*, l'auteur applique un troisième aimant en forme de barre, de fer de cheval ou de plaque, selon l'exigence du cas, à la partie affectée. L'auteur a souvent eu occasion d'observer que lorsque l'action de l'aimant était intense, le métal adhérait avec une telle fermeté à la peau qu'il fallait employer un certain effort pour l'en séparer. La surface de l'aimant qui avait été en contact avec la peau, se trouvait couverte de rouille et la peau elle-même de petites pustules remplies de lymphe. M. Bulmarincg a observé des effets salutaires de l'application de l'aimant dans les cas suivans : inflammation chronique des amygdales, (observée sur lui-même), affections rhumatiques, maux de dents, constipation, ouïe difficile, vomissement chronique, répercussion des dartres (le magnétisme les rappelle à la peau), métrorrhagie et surtout dans les *névralgies* de toutes espèces. Son action a toujours été nuisible dans les affections réellement inflammatoires.

Die endermische methode durch eine reihe von versuchen in ihrer wirksamheit geprueft; von k. pr. Regimentsarzt, Dr. Ad. Leop. Richter. Berlin, 1835, 8, pp. 408. (Expériences sur les effets de la méthode endermique.)

L'auteur examine d'abord 1° la méthode endermique en général; 2° les moyens employés de cette manière. Tels sont la morphine, la strychnine (simple, nitrique,

muriatique, acétique), l'extrait de belladone, le safran, le musc, l'asa fœtida, la stramoine, la quinine, la quinidine, la salicine, la pipérine, l'aloës, la jalapine, la gomme-gutte, l'huile de croton, le calomel, l'iode, les fleurs de zinc, le kermès minéral, le tartre stibié, l'émétine, la scille et la digitale.

L'auteur regarde comme inutiles, les substances suivantes, lorsqu'elles sont employées d'après la méthode endermique : la quinidine, la salicine, le kermès minéral, les fleurs de zinc, le tartre stibié, la pipérine, l'huile de croton et la gomme gutte.

La méthode endermique est d'un grand avantage surtout alors qu'on détermine le choix du lieu d'application d'après l'origine et le trajet des nerfs qui président à la fonction de l'organe malade ou d'après le siége de la maladie même.

L'*application endermique de la quinine* produit d'assez bons effets dans toutes les névroses ou dans toutes maladies périodiques, soit pyrétiques, soit apyrétiques du système nerveux, surtout dans les fièvres intermittentes et dans les névralgies de même nature, pourvu que ces affections ne dépendent pas d'une cause matérielle. Il est même des circonstances où la méthode endermique est préférable à l'usage interne de la quinine. La méthode endermique est indiquée d'une manière absolue : 1° lorsqu'il y a grande irritabilité de l'estomac, ou qu'une sorte d'idiosyncrasie s'oppose à l'usage de remèdes internes, comme, par exemple, chez quelques femmes enceintes et hystériques ; 2° dans les maladies, surtout phlegmasiques, des organes de la déglutition ; 3° dans les fièvres intermittentes, quand elles sont compliquées de l'inflammation d'organes importans, thoraciques ou abdominaux, complications qui requièrent un traitement antiphlogistique général et contre-indiquent l'administration des fébrifuges à l'intérieur ; enfin, 4° chez des enfans qui refusent de prendre des médicamens d'un mauvais goût. Dans les fièvres intermittentes pernicieuses l'auteur recommande une combinaison de la quinine avec la morphine, employée tant endermiquement qu'à l'intérieur.

L'usage de la *strychnine* exige les plus grandes précautions. On ne devrait jamais administrer cette substance aux enfans. Il faut commencer par de petites doses (1/8 à 1/6 de grain), qui ne doivent plus être augmentées dès qu'elles produisent des mouvemens convulsifs, de la céphalalgie ou des vertiges, symptômes presque inséparables de l'usage de cet agent, qui se manifestent quelquefois déjà 1 ou 2 heures après son application et qui sont les indices les plus sûrs de son action. Du moment où la strychnine produit ces effets, on en discontinue l'usage pendant 2 à 3 jours : on exposerait le malade à une apoplexie, si dans ces circonstances on voulait persister dans l'application de la strychnine. Il est nécessaire que les malades qui se trouvent sous l'influence de cet agent, soient constamment surveillés par le médecin, et qu'on ait toujours prêt de l'acétate de morphine pour le cas où il se manifesterait des symptômes dangereux. La strychnine produit une irritation locale plus grande que la morphine.

L'auteur préfère l'*extrait de belladone*, employé d'après la méthode endermique, à tout autre narcotique, surtout dans des rhumes légers, lorsque les malades ont les organes de la respiration très-irritables ; dans la seconde période des catarrhes inflammatoires, dans l'inflammation de la plèvre des poumons, des bronches et du larynx, lorsque les accès de toux durent longtemps sans que le malade puisse expectorer, et que la toux provoque même des vomissemens *per consensum*, dans la toux spasmodique avec chatouillement dans le larynx. Deux ou trois jours de l'emploi de l'extrait de belladone d'après cette méthode suffissent pour activer l'expectoration des matières sécrétées. L'extrait de belladone produit les mêmes effets dans toutes les espèces de phthisie pulmonaire, dans l'hydrothorax et dans le vomissement chronique sans cause matérielle. *Kreysig*, *Schwartz* et d'autres ont déjà recommandé dans la coqueluche des frictions faites avec l'extrait de belladone et l'application d'un emplâtre préparé du même extrait. L'emploi endermique de cet agent paraît donc promettre de grands avantages, surtout en raison de ce qu'il n'agit pas de cette manière aussi fortement qu'à l'intérieur sur le système sanguin et sur le sensorium.

La *morphine* produit des effets d'autant plus salutaires que la maladie, pour laquelle on l'emploie, a pour cause un spasme ou une excitation idiopathique des nerfs, et l'action de cet agent est d'autant plus prompte qu'on l'applique plus près de l'organe malade. L'acétate de morphine a été salutaire dans les mêmes affections que nous avons énumérées ci-dessus en parlant de l'extrait de belladone ; on avait recours à ce dernier, lorsque l'action de la morphine était accompagnée de phénomènes secondaires qu'on voulait éloigner. La morphine est très-efficace dans les affections rhumatismales, surtout lorsque celles-ci ne sont pas fébriles et que les organes de la digestion ne sont pas simultanément affectés, dans la céphalalgie et l'odontalgie rhumatiques, les pleurésies, le lumbago, et quelquefois dans la sciatique. Il faut cependant noter que l'affection rhumatique ne doit pas offrir de complication inflammatoire. L'auteur ne conseille pas d'appliquer la morphine mêlée avec l'amidon, parce que cette combinaison empêche l'absorption.

Beitrage zur medicinischen statistik und staatsarzneikunde. Vom K. Pr. Geh. M. R. Dr. F. L. Casper II. Band oder auch : *die wahrscheinliche lebens dauer des menschen in den verschiedenen korperlichen und geselligen verhaeltnissen, nach ihren begingungen und hemmnissen intersucht.*

(Essais de statistique médicale et d'hygiène publique. 2e volume, aussi sous le titre : La durée de la vie humaine, examinée d'après les diverses conditions physiques et sociales qui influent sur elle). Berlin, 1835, pp. 216, in-8°, avec 17 planches et trois tableaux graphiques.

Le premier volume de ces essais a paru en 1825. Dans le second volume, qui est plein d'intérêt, l'auteur cher-

che d'abord à prouver la certitude de toute statistique médicale et à faire sentir le besoin de confirmer nos connaissances sur les proportions de la population. L'auteur fait voir comment on peut développer les lois de la mortalité d'après la régularité avec laquelle s'éteignent les générations, et comment il faut calculer les tableaux de mortalité sur le plus grand nombre possible de morts, dont on connaît l'âge. Les femmes ont une durée de vie plus longue que les hommes. Il n'y a que la période de puberté qui est plus pernicieuse pour les femmes.

On exagère l'influence dangereuse que la grossesse, les couches et les années climactériques exerceraient sur le sexe. Parmi les enfans mort-nés il y a partout plus de garçons que des filles. La durée probable et moyenne de la vie est de 21, 3 années en Russie, de 29, 6 en Prusse, de 34, 6 en Suisse, de 31, 8 en France, de 36, 5 en Belgique et de 38, 5 en Angleterre. Il n'y a pas de doute que la durée de la vie de notre siècle a augmenté en comparaison des siècles précédens. Par rapport aux différens états et professions, les ecclésiastiques jouissent de la plus longue durée de la vie; viennent après les économes, les employés forestiers, les hauts employés, et ensuite les médecins et les artistes. Les militaires sont entre les deux; mais il en est parmi eux, qui parviennent en proportion à l'âge le plus avancé.

L'état conjugal prolonge la durée de la vie dans les deux sexes. Le nombre des personnes qui atteignent le terme de la vie qu'on appelle naturelle (70 ans) est double chez les riches en comparaison des pauvres; la durée moyenne de la vie est de 50 ans pour les princes et les comtes, et de 32 ans pour les pauvres. La proportion de la mortalité générale dans une population est toujours en raison directe de la proportion de la fertilité générale. Le moins d'hommes meurent dans une population où il y a le moins d'enfans procréés. Or, ce n'est pas la mort qui est le régulateur des mariages; ce sont, au contraire, les mariages qui sont le régulateur de la mort.

Grundriss der Sanitaetspolizei mis besonderer Ruecksicht auf den preussischen Staat. Von Dr. med. Rath A. H. Nicolai.

(Manuel de la police sanitaire, considérée dans son application aux états de la Prusse.) Berlin, 1835, pp. 640. 8.

Ouvrage fort estimé, dans lequel on n'a rien omis qui ait rapport à la police médicale.

Die Homœopathie von der practischen Seite beleuchtet. Ein Lesebuch fuer Aerzte aller Confessionen.

(L'homœopathie examinée du point de vue pratique. Lecture pour les médecins de toutes les sectes; par F. Lesser. Berlin, 1835, pp. 372. 8.

« *J'appelle un chat, un chat,* » est l'épigraphe de l'auteur. Qu'il nous permette d'abord de compléter ce vers de Boileau : « *j'appelle un chat, un chat,* et *Morin un* FRIPON. »

Et en effet l'auteur ne se gêne pas? Il parle comme il pense et sans prodiguer des phrases de civilité aux homœopathes, chose que ces derniers ne peuvent pas non plus exiger, depuis qu'ils ont appris à imiter avec tant de succès la « grossièreté divine » de leur maître. C'est un livre fort amusant, dont M. Lesser fait cadeau au monde médical, livre qui ne manque pas de passages et de pages instructives. M. Lesser n'a pas épargné ni les peines, ni le temps, ni les dépenses pour attaquer l'homœopathie. Il a tenté sur un grand nombre de soldats malades des expériences avec des globules de sucre du confiseur, qui n'ont pas moins bien guéri que les globules homœopathiques. Sur 1068 malades entrés à l'hôpital, dont M. Lesser est médecin, tous ceux chez lesquels on croyait pouvoir s'abstenir d'un traitement actif, furent abandonnés à la nature. Soustraction faite de ceux chez lesquels la marche de la maladie exigea plus tard l'emploi de remèdes actifs, il en resta 554 malades, qui guérirent sans qu'on les eut soumis à aucun traitement médical. L'auteur en comparant les résultats de son expectation avec les cas de guérison publiés par les médecins homœopathes, prouve que les succès obtenus par lui ont été plus rapides et plus marquans. Il sera difficile aux homœopathes de faire à l'auteur le reproche de n'avoir pas apporté tout le soin nécessaire à cet examen. Les plaies que M. Lesser inflige à cette absurdité de notre siècle ne se cicatriseront pas de sitôt.

(*Casper's Wochenschrift*, *N*° 15, 1836, *und Medicinische Zeitung*, *N*° 2, 1836.)

C. L. Preuss, *Tuberculorum pulmonis crudorum analysis chemica.* Diss. inaug. Berolini, 1835. 8. pp. 42.

Voici les proportions des parties constituantes des tubercules crus, telles que l'auteur les donne :

Eau.	79,95
Matière tuberculeuse.	13,52
Fibres et fragmens cartilagineux restés sur le filtre, et donnant en partie du gluten; probablement les restes des bronches et des membranes des vaisseaux.	6,53
	100,00

La matière tuberculeuse proprement dite est composée des substances qui suivent : caséine, cholestérine, acide oléique combiné avec la soude, matière analogue à l'osmazome, mais ne se précipitant pas par la teinture de noix de galle (phymatine); muriate, lac-

tate, sulfate et phosphate de soude, phosphate et carbonate de chaux, oxide de fer, manganèse et soufre (?). Les mêmes substances à l'exception de la cholestérine se trouvèrent dans les tubercules ramollis.

L'auteur a aussi fait une analyse comparée du pus : il y a toujours trouvé de l'albumine, mais jamais de la caséine ; une seule fois il y eut outre l'albumine, de la caséine dans le pus d'un abcès scrophuleux. Dans cette espèce de pus, dit l'auteur, il se forme spontanément de l'acide acétique, qui, en coagulant la caséine, donne lieu à ces flocons qui caractérisent ce produit morbide. Toutes les sortes de pus, ainsi que la matière tuberculeuse, contiennent de l'oxide de fer. On reconnaît ce dernier, en ajoutant à la cendre du pus une certaine quantité de ferro-cyanate de potasse, qui produit une coloration bleue. Ce procédé pourrait servir à distinguer le pus du mucus de celui qui ne contient pas d'oxide de fer.

(*Schmidt's Jahrbuecher*. Livr. 3. 1836.)

Dr. Canstatt.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—

Cuvier (G). Leçons d'anatomie comparée, recueillies et publiées par M. Duméril. Deuxième édition ; tom. I, IV, première et deuxième partie. Paris, 3 vol. in-8°, ensemble 1974 pages, et un fac-simile. — Librairie de Crochard et comp. Prix de chaque volume : 7 fr.

Le tome Ier, revu par M. *G. Cuvier*, contient les généralités et les organes du mouvement des animaux vertébrés.

Le tome 4, revu par *G. L. Duvernoy*, renferme les organes de mastication, d'insalivation et de déglutition, et la suite de l'appareil de chylification des animaux vertébrés.

L'ouvrage complet formera 8 volumes in-8°.

Histoire physiologique et pathologique de la salive, considérée particulièrement sous le rapport de ses usages, du rôle que joue ce fluide dans les fonctions digestives et dans les affections gastriques. — Paris, 1836, in-8°, de 124 pages, chez Béchet jeune. Prix : 2 fr. 50 c.

Anatomie pathologique du corps humain, ou descriptions, avec figures lithographiées et coloriées, des diverses altérations morbides dont le corps humain est susceptible ; par J. Cruveilhier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. — Livraison XXIIIe. — Paris, in-folio, de 20 pages et 6 planches, dont 4 coloriées. Prix : 11 fr.

Cette livraison contient les maladies des os, des veines, du foie et de l'utérus. — L'ouvrage complet formera 40 livraisons.

Recherches anatomiques et physiologiques sur l'organe de l'ouie, et sur l'audition, dans l'homme et les animaux vertébrés. — Deuxième édition, à laquelle on a ajouté l'histoire des plexus nerveux du tympan. — Paris, in-4°, de 300 pages et 13 planches gravées ; chez J. B. Baillière. Prix : 16 fr.

Mémoires de l'Académie royale de médecine. Tome Ve, 3e fascicule ; Paris, in 4°, de 296 pages et 13 planches gravées ; chez Baillière.

Prix du volume complet (4 fascicul.), 20 fr.

Essai sur la philosophie médicale, et sur les généralités de la clinique médicale, précédé d'un résumé philosophique des principaux progrès de la médecine, et suivi d'un parallèle des résultats de la formule des saignées coup sur coup, avec ceux de l'ancienne méthode, dans le traitement des phlegmasies aiguës ; par J. Bouillaud, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris. — Paris, in-8°, de 440 pages. — Librairie de Just Bouvier et Lebouvier. Prix : 7 fr.

Cet ouvrage est divisé en quatre parties :

1° Résumé des principales époques de la médecine, et coup-d'œil sur l'histoire des institutions cliniques ; 2° philosophie médicale, ou considérations sur l'art d'observer, d'expérimenter et de raisonner en médecine ; 3° généralités de la clinique médicale, sur l'étiologie, la nature et la classification des maladies et sur leurs caractères anatomiques ; sur les symptômes et le diagnostic des maladies ; sur leur marche et leur durée ; sur le pronostic et la mortalité ; sur la thérapeutique et ses diverses méthodes ; 4° statistique comparée du traitement des phlegmasies aiguës, ou parallèle des résultats thérapeutiques de la nouvelle formule des émissions sanguines, avec ceux de l'ancienne méthode dans le traitement de la pleuro-pneumonie, de la pleurésie, de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu, de l'angine gutturale et de l'érysipèle de la face. — Conclusion (1).

Manuel complet de médecine légale, ou résumé des meilleurs ouvrages, publiés jusqu'à ce jour, sur cette matière, précédé de considérations sur les expertises médico-légales, sur leurs formalités, sur la manière d'y procéder, et sur la responsabilité des médecins, suivi de modèles de rapports, etc. ; par Jh. Briand, docteur en médecine, et J. X. Brosson, avocat à la cour royale de Paris. — Troisième édition, Paris 1836, in-8° de 816 pages et 3 tableaux. — Librairie de Chaudé. Prix : 8 fr. 50 c.

Cet ouvrage, très-utile aux praticiens, aux avocats et aux jurés, est le résumé le plus complet de la science médico-légale. Les deux premières éditions ont eu un succès justement mérité.

Cours de phrénologie ; par F.-J.-V. Broussais, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Librairie de J. B. Baillière.

Le cours de phrénologie de M. Broussais se composera d'environ quinze leçons ; la publication aura lieu

---

(1) Cet ouvrage, qui fera époque en médecine, va être réimprimé par l'Établissement Encyclographique. Il est sous presse et paraîtra très-prochainement, au prix de 4 fr.

au fur et à mesure qu'elles seront professées. Chaque leçon se composera d'environ deux feuilles in-8°. — Les trois premières leçons sont en vente.

Histoire des maladies observées a la grande armée française, pendant les campagnes de Russie en 1812, et d'Allemagne en 1813 ; par le chevalier J. R. L. Dekerckhove, dit Dekirckhoff, ancien médecin en chef des hôpitaux militaires, commandeur et chevalier de plusieurs Ordres, vice-président honoraire de la Société grand-ducale de minéralogie et de géognosie d'Iéna, membre de la plupart des Académies et Sociétés savantes de l'Europe, etc. — Troisième édition, 1 vol. in-8° de 425 pages ; Anvers 1836, imprimerie de T.-J. Janssens.

Cet ouvrage est divisé en deux parties. La première contient des considérations générales, historiques et médicales sur les campagnes de 1812 et de 1813. La deuxième partie est consacrée à la narration des maladies observées à la grande armée, dont l'auteur faisait partie en sa qualité de médecin militaire.

Il en est rendu compte dans le *Bulletin médical Belge*.

De la simulation et de la dissimulation des maladies dans leur rapport avec le service sanitaire, par le docteur Fallot, médecin principal de l'armée belge, etc., etc.

Cette publication, également intéressante pour les médecins et les membres des conseils de milice, tant d'arrondissement que de province, est sous presse et paraîtra dans les premiers jours de juin, chez Tircher, libraire, rue de l'Etuve, à Bruxelles. Nous en rendrons compte.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 26 avril.

La séance est consacrée à la discussion du mémoire de M. Rochoux, sur l'*hypertrophie du cœur considérée comme cause de l'apoplexie, et le système de Gall.*

Dans ce mémoire, M. Rochoux, après avoir défini l'apoplexie une *hémorrhagie par rupture suite d'une altération du tissu de l'encéphale*, s'attache à démontrer, par la physiologie d'abord et ensuite par l'observation directe, que cette rupture n'est point et ne peut être le résultat de la déchirure des vaisseaux par la simple impulsion du sang. Les vaisseaux, dans l'état normal, offrent une résistance trop grande pour céder à cette distension. Le cœur, même à l'état d'hypertrophie, ne peut avoir alors qu'une faible influence sur la circulation cérébrale. Si la rupture des vaisseaux était déterminée par l'action du cœur, on ne s'expliquerait pas la cicatrisation des foyers hémorrhagiques, puisque cette cause persisterait. L'examen de ces foyers apoplectiques vient d'ailleurs directement éclairer la question. Dans les cas rares d'apoplexie qu'on peut dire foudroyante, où la mort arrive en peu d'heures, et qui permettent le mieux d'étudier l'altération du cerveau, on voit que la substance cérébrale, immédiatement appliquée au caillot, est hérissée de lambeaux rouge-brun, flottant dans le foyer comme une sorte de gazon ; puis que la substance elle-même qui forme les parois est, dans l'épaisseur d'un quart de ligne jusqu'à deux ou trois lignes imprégnée d'un ponctué sanguin qui se raréfie insensiblement en s'éloignant du centre jusqu'à une couche de quelques lignes encore offrant une couleur jaunâtre. La mollesse de ces deux couches est extrême, mais ne se laisse cependant pas délayer à un courant d'eau. — M. Rochoux se rend compte de l'absence des signes précurseurs de l'apoplexie, malgré le ramollissement préalable, par l'analogie que présentent plusieurs lésions qui, quoique très-graves, ne se manifestent par aucun symptôme pendant plus ou moins de temps, les tubercules, par exemple. Si l'apoplexie survient dans des circonstances où la circulation est activée, elle survient aussi dans beaucoup de cas où le calme est le plus parfait. C'est pendant la jeunesse que la circulation a le plus d'activité, et c'est alors que l'apoplexie est rare. Les aliénés ont de fréquentes congestions cérébrales, et très-peu succombent à l'apoplexie.

M. Rochoux a, du reste, noté l'état du cœur sur 30 apoplectiques, et chez 30 individus morts de maladies aiguës diverses ; âge moyen de ces derniers, 70 ans. 26 avaient une hypertrophie du cœur, et même souvent d'autres lésions de cet organe. Chez les 30 apoplectiques, âge moyen 72 ans, 24 avaient aussi le cœur plus ou moins hypertrophié. L'influence du cœur est au moins, comme on voit, très-peu appréciable.

M. Rochoux passant ensuite aux phénomènes de l'apoplexie, observe que quel que soit le siége de l'hémorrhagie, le cerveau souffre dans tout son ensemble, et les symptômes généraux sont toujours les mêmes. Il en conclue que ce résultat infirme tous les systèmes phrénologiques. Cela, joint aux démentis donnés à chaque instant à ces doctrines par l'examen de la tête des grands criminels, de Fieschi entre autres, démontre *que la phrénologie est un des plus grands mécomptes de l'époque.* (M. Rochoux a dit ailleurs : *mystification !*)

Sur une motion de M. Honoré, la discussion est divisée et a trait d'abord aux *causes de l'apoplexie.*

Causes de l'apoplexie. — M. Piorry présente une série d'objections à la proposition de M. Rochoux, qui refuse à l'hypertrophie du cœur toute influence sur la production de l'apoplexie : 1° M. Rochoux aurait dû ne pas seulement considérer le cœur gauche, et tenir compte de la stase du sang dans le cerveau qui suit les affections du cœur droit ; car alors les vaisseaux cérébraux étant gorgés de sang veineux, et, d'autre part, le sang artériel y affluant sans cesse, les ruptures du cerveau en doivent être une conséquence naturelle ; 2° M. Rochoux a rappelé le rétrécissement de l'orifice aortique qui existe si communément avec l'hypertrophie du ventricule gauche, et l'a présenté comme un obstacle qui balance la suractivité de l'impulsion du sang. M. Piorry n'admet point que cet obstacle puisse avoir ce résultat ; 3° M. Rochoux admet le ramollissement préalable du cerveau dans l'apoplexie. Mais rien ne distingue les parois du foyer de celles des foyers sanguins qui succèdent aux hémorrhagies analogues dans les autres organes ; 4° la statistique qu'invoque M. Rochoux ne prouve pas plus dans ce cas qu'ailleurs ; elle est du reste frappée de nullité par le défaut d'examen du ventricule droit. — M. Piorry énumère ensuite plusieurs argumens qu'il oppose directement a l'opinion de M. Rochoux. Ainsi, l'invasion de l'apoplexie est brusque, rien ne dénote une lésion préalable. Les individus prédisposés ont un cœur gros, le cou court, sont sanguins, etc. Les causes occasionnelles recueillies dans les observations, présentent le plus fréquemment des efforts, ce que M. Bricheteau a déjà signalé. — D'après les observations de Morgagni, répétées par M. Serre et par M. Piorry lui-même, la rupture peut se faire dans les artères et non toujours dans le cerveau. La plupart des lésions organiques qui, éloignées du cœur, produisent l'apoplexie, n'ont cet effet qu'en entravant la circulation du sang et en déterminant sa stagnation dans le cerveau. La vieillesse est l'âge où l'apoplexie est plus commune,

et à cette époque les vaisseaux cérébraux incrustés de phosphate calcaire ont perdu leur souplesse et leur résistance. Grand nombre d'hémorrhagies surviennent spontanément dans les différens organes, sans qu'on découvre le moindre ramollissement aux environs. Toutefois M. Piorry pense que dans quelques cas d'apoplexie, le ramollissement du cerveau a pu précéder; mais il soutient que dans la généralité des cas, l'apoplexie est liée à l'état du cœur droit, du cœur gauche et de la respiration.

M. Rochoux réplique à M. Piorry qu'il n'a jamais vu un seul foyer apoplectique sans ramollissement à l'entour, et défie qu'on lui en montre un qui soit tel.

M. Bouillaud s'élève contre cette prétention de M. Rochoux, qui du reste lui est exclusive. Pour son compte, M. Bouillaud n'a pas encore vu une seule fois le ramollissement précéder l'hémorrhagie cérébrale. Pour ce qui est de l'influence du cœur, sur un relevé de 54 cas d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, sur des sujets de 25 à 79 ans, M. Bouillaud a rencontré six cas d'hémorrhagie cérébrale, et cinq cas de ramollissement. Dans quatre cas les artères cérébrales ont été trouvées ossifiées; une autre fois on n'a pas noté leur état, mais la carotide interne était incrustée de matières crayeuses. L'impulsion du cœur augmentée, la résistance des vaisseaux diminuée, est-il possible de ne pas voir là une double cause puissante de rupture? Que d'autres causes puissent encore la déterminer, M. Bouillaud l'admet, mais celle-là lui paraît avant tout démontrée. — M. Rochoux fait observer qu'il n'a point nié positivement l'influence du cœur et des artères dans la production de l'apoplexie; mais qu'il a établi et qu'il soutient que cette influence est inappréciable. Quant aux faits d'artères cérébrales ossifiées, et au problême de mécanique que M. Bouillaud en a déduit, l'ossification des artères n'ayant jamais été observée au delà de la pie-mère, ce problême ne peut nullement s'appliquer à la rupture qui constitue l'apoplexie qui a lieu dans l'épaisseur même de la substance cérébrale.

M. Rochoux ajoute que l'opinion d'un ramollissement préalable dans l'apoplexie, ne lui est pas aussi exclusive que l'a dit M. Bouillaud, ce qui, du reste, ne l'infirmerait en rien; M. Louis l'a adoptée, et M. Andral l'admet pour quelques cas.

M. Gerardin a rassemblé le plus de faits possibles pour vérifier jusqu'à quel point la grossesse favorise le développement de l'hypertrophie du cœur, et par suite celui de l'apoplexie. Dans l'espace de trois années 1833, 1834, 1835, 8,619 femmes enceintes sont entrées à la Maison d'accouchement; il y a eu dix décès; pas un n'a été dû à l'apoplexie. Chaque année, 25 à 30 femmes sont atteintes par des maladies intercurrentes dans le cours du temps qui précède l'accouchement. M. Gerardin n'en a pas vu une seule frappée d'apoplexie. Il faut bien se garder de prendre pour une attaque d'apoplexie, les accès d'éclampsie ou les convulsions. Bien plus, des femmes devenues enceintes avec une maladie même avancée du cœur ou des gros vaisseaux, se sont souvent présentées à la Maison d'accouchement. M. Gerardin n'a pas vu un cas où l'apoplexie ait eu lieu pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement, ni dans le temps des couches. — En résumé, M. Gerardin n'a constaté qu'un seul exemple d'apoplexie survenue pendant l'accouchement chez une femme dont l'état habituel de taciturnité et d'imbécillité permet de supposer une affection cérébrale antérieure. L'apoplexie est donc un accident extrêmement rare chez les femmes enceintes, qui sont cependant, comme on sait, exposées à un grand nombre de maladies intercurrentes. — M. Rochoux prend acte de ce que vient d'exposer M. Gerardin. Déjà il avait combattu l'opinion que la grossesse prédisposait à l'apoplexie, opinion qui appartient à M. Larcher. L'apoplexie est en effet bien plus commune chez les femmes après l'âge critique, qu'auparavant. — M. Ferrus trouve dans l'observation des aliénés et des épileptiques, des argumens en faveur de l'influence de l'action du cœur sur la production de l'apoplexie. S'il est vrai que chez les aliénés les congestions cérébrales sont fréquentes et les apoplexies rares, il est vrai que le cœur chez eux n'a qu'une faible impulsion. Le pouls est fréquent, mais il perd en intensité ce qu'il gagne en vitesse. Chez les épileptiques, au contraire, le pouls est fort; le cœur en général vigoureux, ils sont très-sujets à l'apoplexie. — M. Rochoux fait la remarque que ce dernier fait est en opposition avec ce que lui a dit M. Lélut, qui n'a pas observé un seul épileptique mort d'apoplexie.

M. Louis n'admet point, comme l'a avancé tout à l'heure, M. Rochoux, que le ramollissement du cerveau précède l'apoplexie; il a seulement dit (*Mémoire sur les morts subites*), que si le ramollissement existait toujours, l'hémorrhagie trouverait une explication facile. Mais ce sont deux affections tout à fait distinctes par le siége, la marche et la terminaison. Le ramollissement s'observe surtout dans la substance corticale, la cloison demi-transparente, le centre ovale de Vieussens, la scissure de Sylvius. L'hémorrhagie attaque particulièrement les corps striés. Le ramollissement est ordinairement multiple, l'hémorrhagie presque toujours isolée. Le ramollissement est souvent compliqué d'autres maladies; M. Louis n'a jamais vu de complications avec l'apoplexie. Sans les nier, elles doivent être rares, car M. Louis s'appuie sur plus de six cents autopsies et plus de trois mille observations. Enfin sous le rapport des terminaisons, la différence est encore complète: le ramollissement ne guérit jamais; l'apoplexie guérit au contraire assez souvent. Le début seul pourrait rapprocher les deux maladies; car si l'invasion de l'apoplexie est brusque dans la troisième ou quatrième partie des cas, celle du ramollissement n'est pas moins rapide, surtout quand c'est le corps strié qui est affecté. M. Louis partage du reste complétement l'opinion de M. Rochoux, sur le peu d'influence de l'action du cœur pour produire l'apoplexie. Sur 45 cas de maladies organiques du cœur observés à la Charité, pas un cas d'apoplexie. M. Louis n'en a pas vu davantage à la Pitié. Les congestions du cerveau qui tuent dans les maladies du cœur, sont des congestions séreuses et non des hémorrhagies. Les observateurs, d'ailleurs distingués, qui ont soutenu

l'opinion contraire, n'ont pas pris toutes leurs précautions contre l'erreur. — M. Rochoux répond à M. Louis que la discussion relativement au ramollissement ne roule que sur des mots. Il y a deux ramollissemens : un ramollissement inflammatoire qui ne guérit jamais, qu'on reconnaît sur le cadavre à la diffluence de la matière cérébrale qui se délaie sous un filet d'eau, et un ramollissement hémorrhagique très-curable, dans lequel la substance du cerveau est comme réticulée et ne se laisse point delayer. — M. Honoré ne peut admettre ces deux formes du ramollissement cérébral. La formation des kystes autour des caillots dans les foyers apoplectiques, phénomène essentiellement vital, lui paraît incompatible avec l'état de désorganisation qui serait la conséquence de la perte de cohésion des parois de ces foyers.

M. Bricheteau relève l'argumentation de M. Louis, principalement sur ce qui a trait au défaut de précautions prises pour éviter l'erreur, par les observateurs qui soutiennent l'influence de l'action du cœur sur la production de l'apoplexie. M. Bricheteau, dans un mémoire publié en 1817, a réuni quinze observations recueillies avec tout le soin possible, qui attestent la coïncidence de l'hypertrophie du cœur avec l'apoplexie. Depuis il en a recueilli et publié vingt autres. Tout ce que M. Louis a droit de conclure de ses propres recherches, c'est que dans un temps donné cette coïncidence ne s'est pas montrée à lui. D'autre part, M. Rochoux n'a observé que des vieillards, mais l'hypertrophie du cœur est rare chez les vieillards. Au contraire, les malades de M. Bouillaud avaient de 25 à 79 ans, et pour lui M. Bricheteau, tous ses sujets avaient moins de 60 ans : c'est ce qui explique pourquoi M. Bouillaud et lui ont observé l'hypertrophie du cœur avec l'apoplexie. Les statistiques ne prouvent donc rien. — M. Rochoux n'accorde pas à M. Bricheteau que les vieillards soient rarement atteints d'hypertrophie du cœur. — M. Louis insiste beaucoup pour qu'on ne croie pas qu'il a nié tout à fait l'influence de l'action du cœur sur l'apoplexie. Il ne l'a point constatée, et elle ne lui est pas démontrée, c'est tout ce qu'il soutient. M. Louis fait ressortir ensuite que, pour nier la valeur des statistiques, M. Bricheteau s'appuie justement sur une statistique. — Clôture de la discussion sur les *causes de l'apoplexie.*

Discussion sur le système de Gall. — M. Bouillaud a la parole : La question dont il s'agit, dit l'honorable membre, est l'une des plus graves qui ait occupé la science depuis trente ans. Comme toutes les autres questions de réforme, celle-ci a eu ses partisans dévoués, ses ennemis acharnés, et ses indifférens. L'observation et l'expérience peuvent seules faire apprécier la valeur de la phrénologie. L'examen des animaux fait découvrir tout d'abord des facultés et des penchans divers, d'où résulte qu'il faut multiplier les facultés de l'instinct plus qu'on ne l'avait cru. En s'élevant jusqu'à l'homme l'on est frappé bien davantage de la diversité des penchans, des talens, des affections ; la cause ne peut en être trouvée que dans le système nerveux : la logique le veut. L'observation de l'état pathologique conduit aux mêmes conséquences. Les maladies du cerveau n'entraînent souvent la perte que d'une faculté de l'intelligence ; c'est ainsi que la parole seule peut être suspendue. Les expériences sur les animaux ont peu servi jusqu'à présent, il faut l'avouer, à la phrénologie; mais leur petit nombre défend de rien conclure pour l'avenir. Déjà même M. Bouillaud, qui pendant un an s'est livré à ces recherches, en a obtenu des résultats dont les conséquences lui paraissent inattaquables. Ainsi les expériences qu'il a faites lui ont démontré que les lobes antérieurs du cerveau avaient des fonctions à remplir différentes de celles des lobes postérieurs. Les fonctions du cervelet sont aussi toutes spéciales. La multiplicité des fonctions et des organes est donc prouvée, du moins pour les grandes masses nerveuses, ce qui du reste était déjà décidé avant Gall. — Si l'on aborde la question des localisations partielles des organes, c'est ici, dit M. Bouillaud, que la difficulté est grande ; des siècles s'écouleront avant que les essais aient un terme. Gall croyait à des localisations qui ne sont pas démontrées pour nous. Il en est d'ailleurs toujours ainsi dans les sciences ; les uns ont des convictions arrêtées sur des points qui sont plus que douteux pour d'autres. M. Bouillaud dit qu'il est loin d'admettre ces facultés qu'on compte par vingtaine en avant, par vingtaine sur les côtés du cerveau. Le premier aussi, et il en fait la *confession*, il a attaqué la localisation qui paraissait la mieux établie, celle de l'amour physique dans le cervelet, qui lui paraît présider surtout aux phénomènes de la station et de l'équilibration des mouvemens musculaires. En un mot, M. Bouillaud admet positivement le principe du système de Gall, mais n'est nullement convaincu de ses détails.—M. Rochoux s'empresse d'enregistrer les concessions que vient de faire M. Bouillaud ; car ce que M. Rochoux s'efforce de combattre avant tout, c'est cette fureur de localisation qui depuis Gall, qui admettait 27 organes, a constamment progressé jusqu'à 31, 35, etc. La manière dont Gall a procédé est, suivant M. Rochoux, essentiellement vicieuse. Gall part de ce point, qu'un effet doit avoir une cause, ce qui est parfaitement vrai ; et, dans l'espèce, dès qu'il saisit une manifestation d'un acte du cerveau, il lui impose bien vite un point de départ isolé au milieu de la masse organique, sans s'occuper de le prouver, voilà le vice du système. — Un individu a plus de mémoire qu'un autre, vite une bosse pour la mémoire, etc. Il n'y a pas de limites à la localisation, si chaque nuance des facultés doit avoir son organe. Déjà, comme on voit, le système est ruiné par sa base. Enfin, s'il y a des organes distincts dans le cerveau, on doit les voir, il faut les montrer. Qui les a vus ; qui peut les montrer ?

M. Broussais, présent à la séance, prend la parole. C'est au nom de la science, de l'humanité et du bon sens qu'il croit devoir relever et combattre l'opinion émise, que la phrénologie est la plus *grande mystification* du 19e siècle. Il attaquera successivement chaque objection. On demande que l'on montre les organes admis dans le cerveau. Il est de fait que ces organes

ne peuvent être séparés. Et d'abord il ne faut pas admettre un organe spécial pour chaque nuance de faculté. Mais ce qu'on constate dans un cerveau en action, c'est que tel et tel penchant est en rapport avec telle ou telle saillie extérieure, et malgré la hâte beaucoup trop grande sans doute qu'on a en général mise à cette détermination, ce fait empirique, sur lequel se fonde la phrénologie, n'en est pas moins établi sur des observations incontestables. Le raisonnement vient d'ailleurs démontrer l'impossibilité de l'isolement des organes dans un cerveau tel que celui de l'homme, dont tous les actes s'enchaînent et se combinent. M. Broussais regarde comme futile l'objection qui a trait à la difficulté de reconnaître à travers les parois du crâne les saillies du cerveau, à cause des protubérances tout osseuses et variables des sutures, des sinus, etc. ; cela ne peut avoir aucune importance relativement aux grandes masses cérébrales, et il ne faut pas trop localiser. On a dit qu'il était téméraire de renfermer les organes dans les circonvolutions ; c'est vrai. Que le cerveau n'était pas régulier ; c'est faux : le plan général est toujours conservé ; un pli de plus ou de moins d'un côté ne le détruit pas. L'anatomie comparée, a-t-on dit encore, dément les prétentions de Gall. Mais comment expliquer les mouvemens sans les nerfs, à moins d'admettre que l'instinct, espèce d'entité, se joue dans un cerveau? Les mêmes mouvemens étant toujours soumis à l'influence des mêmes nerfs, ceux-ci aboutissant toujours aux mêmes points dans le cerveau, ne sont-ce pas ces points de l'organe qui dirigent les mouvemens? A mesure que les facultés se multiplient, le cerveau grandit ; peut-on ne pas admettre de nouveaux organes pour de nouvelles fonctions? On a voulu tirer de l'analogie de forme du cerveau des quadrupèdes avec celui de l'homme qui possède beaucoup plus de facultés, un argument contre la phrénologie? mais il n'est pas vrai que l'homme ait plus de facultés. Elles se retrouvent toutes en germe, en esquisse chez les animaux. La perfection de l'organisation est la seule cause de la perfection de la fonction chez l'homme. L'impulsion vers l'idéalité, la vénération, l'espérance, etc., se manifestent chez les animaux, et d'une manière d'autant plus frappante qu'ils se rapprochent davantage de l'homme. Il est faux de dire que les batraciens n'ont pas de cervelet. Que signifie d'opposer à la salacité des oiseaux la petitesse de leur cervelet? Faut-il une si grande masse cérébrale pour des mouvemens même considérables? Que pèse le cerveau d'une abeille? et cependant que d'activité ne développent pas ces insectes pour la récolte des sucs des fleurs, la bâtisse de leurs rayons, etc.! C'est à leur *tempérament spécial* que les oiseaux doivent leur grande salacité. Le chapon n'a pas d'organe de génération, et cependant on le voit conduire des petits poulets. Mais le coq réunit à ses facultés celle de la poule, et quand il est chaponné il se trouve réduit à ces dernières ; comme poule alors, il *se sacrifie* pour ses petits. — Ce qui prouve combien on a peu réfléchi sur la phrénologie, c'est l'objection qu'on veut tirer de la mesure de la tête des grands criminels qui, dit-on, donne à chaque instant des démentis à la crâniologie. Mais il n'est qu'un très-petit nombre d'assassins qui commettent le meurtre par amour du meurtre. On peut tuer poussé par toutes les passions. Pour ce qui est de l'objection, qu'aucun homme de notre époque, important par son autorité scientifique ne s'est montré partisan de la phrénologie, la réplique est facile. C'est que c'est toujours des corps savans que surgissent les plus grands obstacles aux découvertes nouvelles. La crainte du ridicule, l'amour-propre qui se révolte à l'idée d'apprendre quelque chose des jeunes gens, l'envie, une foule de mauvaises passions, voilà très-souvent les mobiles de cette opposition. La classification phrénologique est incomplète, et c'est encore une objection. M. Broussais convient qu'il est trop tôt pour tirer, des observations qu'on possède, un système complet de localisation des facultés cérébrales. Mais les faits empiriques sont là comme des jalons. Malgré les contradictions qui s'élèvent pour leur interprétation, ces faits demeurent avec leur authenticité. Aussi au lieu de périr d'inanition comme l'homœopathie, la phrénologie se développe et croît. Elle a des sociétés en France, en Amérique, en Angleterre. — On accuse les phrénologues de renier tous les faits qui contrarient leur système. C'est qu'en effet le plus souvent ils sont mal observés, car il est très-difficile de bien observer. Il faut être dévoué à la science, ne pas craindre le ridicule. C'est pour cela que M. Broussais, qui ne craint pas, vient faire hautement et publiquement sa profession de foi. — M. Broussais admettrait volontiers que le cerveau agit en masse ; mais à moins de se jeter dans l'ontologisme, il faut bien qu'on admette une matière nerveuse et un rapport étroit entre les actes et les prédominances de cette matière. C'est ce rapport cependant qu'on conteste, parce qu'on ne l'a pas toujours saisi. Peut-être a-t-on eu tort en effet de n'étudier que les individus *types* pour déterminer les penchans et les prédominances organiques qui échappent chez les individus où elles sont faiblement marquées, quoique Bâcon voulut déjà que pour dresser le tableau des facultés de l'intelligence humaine, on l'observât d'abord à son plus haut degré de développement. Quoi qu'il en soit, au milieu des directions variées que donnent aux actions des hommes les mœurs nationales, les systèmes d'éducation politique et religieuse, n'a-t-on pas vu en tout temps certaines intelligences rompre le niveau sous lequel on voulait les ployer, et dont la nature avait un cachet spécial? C'est dans ces exceptions que la phrénologie a pu et a dû saisir les facultés intellectuelles prédominantes.

Séance du 3 mai.

Influence du cœur sur l'apoplexie. — M. Piorry signale un fait qu'il observe en ce moment, et qui vient étayer l'influence de l'action du cœur sur la production de l'apoplexie. — Un petit garçon de neuf ans, affecté d'hypertrophie du cœur depuis son plus bas âge, éprouve depuis deux ans divers accidens cérébraux, et enfin vient d'être frappé d'hémiplégie.

Phrénologie. — La discussion continue sur la phrénologie. M. Rochoux lit une réponse écrite au discours prononcé par M. Broussais dans la dernière séance. M. Rochoux reproche à M. Broussais de n'être point resté dans la question, et de s'être attaché à réfuter des objections qui n'avaient point été faites. Tout le monde sait bien aujourd'hui que l'organisation est la cause des *instincts*. En s'appuyant sur l'anatomie comparée pour éclairer la physiologie du cerveau de l'homme par le cerveau des animaux, c'est vouloir expliquer *obscurum per obscurius*. M. Rochoux tient particulièrement compte des concessions qu'a faites M. Broussais, telles que celles-ci : il n'y a point de démarcation possible entre les organes cérébraux ; le cerveau peut agir en masse. Ces propositions sont en opposition formelle avec le système de la pluralité des organes. D'après M. Broussais encore, on peut être assassin sans avoir l'organe du meurtre, etc. Enfin, d'une part, on n'est pas d'accord sur le nombre des facultés primordiales : des métaphysiciens en admettent jusqu'à 80. D'autre part, les phrénologistes reculent devant la localisation des organes cérébraux. La doctrine de Gall est ainsi reniée, car elle est toute entière dans cette localisation.

M. Broussais reprend la parole : Plusieurs imputations de M. Rochoux, dit l'honorable membre, méritent d'être relevées. Quoique tout le monde sache que les instincts sont l'effet de l'organisation, il était utile de le rappeler, puisque l'on n'a pas su en tirer toutes les conséquences qui en découlent : une question capitale est de savoir si le cerveau agit en masse ou par parties. Une foule de faits mettent sur la voie de la solution s'ils ne la donnent. La dépression des parties antérieures du cerveau abolit les facultés intellectuelles, personne ne le conteste. Les phrénologistes soutiennent que la dépression des parties postérieures abolit les sentimens ; ici leurs adversaires contestent ; pourquoi ? C'est qu'ils ont les lobes antérieurs biens faits, et par suite l'intelligence qui leur fournit les moyens d'argumenter. On contestera par la même raison les attributions des parties supérieures et des parties latérales. Ceux-là seulement qui sont privés du développement des lobes antérieurs ne contestent rien ; les imbéciles ne se défendent pas. Il est des tendances invincibles qui vous portent à des actes irrésistibles : à moins d'être ennemi de la vérité et profondément sophiste, on ne peut le nier. Le cerveau agit-il en entier ou partiellement dans ces cas ? Toujours est-il qu'il n'agit pas également dans tous ses points, et qu'il en est un qui certainement emporte les autres. C'est surtout chez les animaux inférieurs que ces tendances sont marquées. Chez eux ni l'intelligence ni le balancement d'autres penchans ne contrarient ces tendances. L'insecte est conduit irrésistiblement sur les fleurs par l'impression qu'elles font sur le nerf optique et son lobe. Plus le cerveau se développe, plus les penchans se multiplient et s'étendent. Malgré l'étonnement de M. Rochoux, les animaux supérieurs ont, comme l'homme, des masses cérébrales antérieures, postérieures, latérales et supérieures. Un *âne* a le cerveau fait comme un philosophe. Si l'on a peine à admettre les masses latérales chez un mouton, chez un cheval, qui ne sont point carnassiers, c'est qu'on a mal compris Gall, quand il a placé dans ces masses le siége de l'instinct de la destruction. Ces masses produisent les mouvemens nécessaires à la conservation de l'animal. Pour y pourvoir, l'animal doit manger ; or, manger des végétaux c'est détruire. Pour vivre, il faut se défendre des attaques : le mouton qu'on représente comme si doux, est continuellement à se battre. Il ne faut pas s'arrêter à ces mots de Gall, *détruire, voler*. C'est l'esprit et non la lettre qu'il faut saisir. M. Broussais considère les masses latérales comme destinées aux mouvemens nécessaires à l'alimentation, et plus ces mouvemens sont considérables, plus ces masses s'accroissent. Les animaux ont, comme l'homme, l'amour de la progéniture, celui de l'habitation ; ils chassent de leur asile les animaux étrangers. Pourquoi donc s'étonner de trouver chez eux les massses postérieures du cerveau où résident les organes de la philogéniture et de l'habitivité ? Pour les parties antérieures, leur développement ne doit-il pas avoir lieu chez les animaux qui ont la mémoire des lieux, le sentiment des distances que les coureurs et les sauteurs apprécient si exactement, qu'ils jouent véritablement avec l'espace ? Enfin les animaux ont des idées et des idées d'une grande force, ce qui suppose des lobes antérieurs. Toutes les facultés fondamentales sont localisées ; la délimitation précise des organes est seule difficile et incomplète. Le jugement, la recherche des causes, la comparaison ; le chien et d'autres animaux encore, en offrent une esquisse. La faculté du langage seule leur manque, encore le chien connaît-il la valeur de la parole, etc.

Les phrénologistes ont nié que les animaux aient des sentimens élevés. M. Broussais est convaincu qu'ils en ont, puisque le cerveau a des masses supérieures ; et ce dissentiment ne prouve point, comme voudrait le dire M. Rochoux, qu'il n'y a pas de science phrénologique. Les animaux ont de l'orgueil : par exemple, si un petit cochet essaie de cocher une grande poule, elle le dédaigne fièrement. Un chien de chasse méprise un mauvais chasseur ; un cheval se *moque* d'un mauvais cocher. La fermeté, la constance, la vénération (non la théosophie) se montrent dans les animaux : le chien *vénère* son maître. Peut-on nier l'imagination chez les animaux, quand on voit un chien bondir de joie en voyant son maître prêt à l'emmener à la campagne, où les lieux qu'il va parcourir lui rappellent et lui promettent des plaisirs qu'il a déjà goûtés. Les animaux ont la bonté et le sentiment de la justice. L'éléphant tue son cornac qui le bat injustement, etc. Il est inutile de multiplier les exemples. —En voyant le chien conduire le bœuf, on s'est étonné du fait, car le cerveau de celui-ci est bien plus gros que le cerveau de celui-là. Mais la masse du cerveau n'est pas seulement pour l'instinct, pour le jugement, elle est aussi pour les masses musculaires. Chaque instinct est servi par des fibres nerveuses et des fibres musculaires. Quand on voit l'hémorrhagie dans les pédoncules laisser l'intelligence intacte et abolir les mouvemens, peut-on nier que les fibres de ces pédoncules soient musculaires ?

Le bœuf qui a plus de ces masses musculaires a aussi plus de ces fibres. Le chien a plus d'intelligence, c'est ce qui explique pourquoi il conduit le bœuf; c'est ce qui explique pourquoi un homme faible mène quelquefois un homme fort, etc. On a présenté comme une inconséquence, que des phrénologistes admettent que l'éducation puisse suppléer les masses cérébrales; mais, dit M. Broussais, c'est quand il n'y a pas de prédominance spéciale que le cerveau va comme il est dressé. D'ailleurs, tous les organes ne se fortifient-ils pas par l'exercice? Les jeunes gens de vingt ans sortant du collége ont des lobes antérieurs plus saillans que les jeunes gens du même âge qui n'ont pas fourni leur carrière scholaire. C'est un fait dont M. Broussais s'est bien assuré en comparant la tête des premiers à celle des jeunes soldats. Le cerveau est formé évidemment de masses spéciales, et si l'on n'admet pas à une ligne près les délimitations de Gall, on n'en est pas moins avancé sur la voie de l'observation.

M. Rochoux se lève pour répondre. Il se plaint de ce que M. Broussais lui fasse dire ce qu'il n'a pas dit, et élude toutes ses objections réelles. M. Rochoux n'a jamais conclu du dissentiment des phrénologistes, qu'il n'y avait point de science phrénologique. Seulement il soutient que quand il s'agit de choses qui tombent sous les sens, comme des bosses, et qu'il n'y a pas accord pour les voir et les reconnaître, la science qui en traite est bien douteuse. M. Rochoux dit aussi n'avoir jamais prétendu que le cerveau n'avait point de parties différentes, ni qu'il agissait en masse. Ce sont les localisations de Gall qu'il a attaquées, localisations sur lesquelles M. Broussais est lui-même indécis. Or, sans localisation, point de phrénologie.

M. Broussais réplique avec vivacité qu'il ne s'agit plus de Gall. — M. Castel lit un long discours. Pour ce médecin, toutes les facultés de l'homme et des animaux sont rapportées à la *sensibilité nerveuse*. — M. Adelon fait remarquer d'abord qu'il n'est pas exact de dire, avec M. Rochoux, que dans l'apoplexie, quel que soit son siége, l'ensemble du cerveau souffre, et que les symptômes généraux sont toujours les mêmes. L'apoplexie cérébelleuse a souvent été diagnostiquée aux érections des malades. M. Récamier a constaté aussi que, dans les hémorrhagies des lobes antérieurs, les muscles des organes de la parole étaient paralysés. M. Adelon établit ensuite, en thèse générale, que les essais phrénologiques ne doivent pas plus être rejetés de la science que ne l'ont été les efforts de Camper, de Daubenton, de Cuvier, d'Oken, de Spix, pour mesurer l'angle facial et l'aire du crâne des animaux, car toutes ces recherches reposent sur un même fonds; c'est que la disposition organique du cerveau est l'expression matérielle de l'intelligence, ce qui, de tout temps, a été assez généralement admis. Mais bien plus, depuis une cinquantaine d'années, toutes les expériences tendent à pluraliser le système nerveux. Les divisions de Bichat, les recherches de Ch. Bell, celles de M. Magendie, de MM. Foville, Flourens, etc., n'ont pas eu d'autre but, et de toutes parts ces travaux ont reçu accueil et encouragement. Si la phrénologie a des prétentions plus élevées, si elle veut pénétrer dans les profondeurs de la psychologie, elle affronte sans contredit des difficultés extrêmes, peut-être insurmontables. Mais enfin, c'est toujours dans la voie tracée qu'elle marche, et parce qu'elle a plus d'obstacles à vaincre, est-ce à dire pour cela qu'il faille rejeter ses travaux. Le point culminant dans la phrénologie est d'abord de bien déterminer le nombre des facultés, et d'arriver ensuite à leur assigner des localisations précises. C'est à quoi peut-être on n'arrivera jamais, et c'est là la véritable et la seule objection rigoureuse qu'on ait faite; en tous cas, les expériences et les observations doivent être favorisées et non entravées. M. Adelon pense qu'il est téméraire de se dire phrénologiste comme antiphrénologiste avant d'avoir beaucoup étudié le sujet. D'ailleurs, dans son opinion, c'est ailleurs que dans une Académie de médecine que ces questions doivent être débattues. Les médecins n'ont pas le temps de s'en occuper comme elles le méritent. D'un autre côté, il était important de relever le terme de *mystification* appliqué à la phrénologie.

Séance du 10 *mai.*

Suite de la discussion sur la phrénologie.—M. Amussat s'est peu occupé de phrénologie; cependant il a lu Gall et ne peut pas comprendre que l'on oppose des allégations vagues aux faits importans sur lesquels il a basé sa doctrine. En résumant les objections de M. Rochoux dans toute son argumentation, on n'en trouve que trois de précises. La première, tirée de l'observation des symptômes de l'apoplexie, est totalement contraire aux faits. Pour le cervelet, par exemple, de même que pour les autres parties de l'encéphale, l'apoplexie, en les atteignant, a plus servi à confirmer qu'à infirmer les attributions que la phrénologie leur a données. Un travail complet sur ce sujet est d'ailleurs très-difficile, l'encéphale étant double. La deuxième objection, celle qui a trait à l'examen de la tête des assassins, est plus sérieuse. L'examen de la tête de Fieschi, dit M. Amussat, a suscité beaucoup de contradictions. Les observateurs superficiels n'y ont rien vu qui pût la distinguer de la tête d'un honnête homme. Cependant, étudiée avec soin, cette tête (M. Amussat se fait apporter le plâtre) est bien celle d'un misérable. Elle est peu volumineuse : on y distingue nettement la saillie de l'orgueil et celle de la fermeté. Les détails de son procès ont suffisamment mis en évidence ces deux facultés dominantes. Les dépressions latérales étonnent d'abord chez un meurtrier; mais Gall n'a pas dit que sans l'organe du meurtre on ne pouvait être assassin. La tête de Fieschi explique, sinon le grand crime qu'il a commis, du moins ses mauvaises dispositions. M. Amussat présente ensuite la tête du général Foy, qui est d'un pouce au moins plus large que celle de Fieschi, et dont les parties latérales sont très-développées. Cela prouve ce qu'on a dit, que les plus honnêtes gens peuvent avoir l'organe du meurtre. Qu'on mette les deux têtes en vis-à-vis, on distinguera promptement celle du général de celle du soldat! Tou-

tes les têtes des hommes dégradés se ressemblent. Rien n'est remarquable comme la collection de Gall et l'échelle qu'il a établie. M. Amussat engage les antiphrénologues à visiter les collections de ce genre, ils seront bientôt convaincus. M. Amussat repousse le mot de *mécompte* ou de *mystification* qui tend à flétrir un homme supérieur comme Gall, auquel l'anatomie et la physiologie doivent tant, et qui ne pouvait être un charlatan. Ainsi la troisième objection de M. Rochoux tombe encore plus à faux que les deux autres.

M. Ferrus, pour prouver l'harmonie des organes cérébraux, quoique multiples, cite un concert d'instrumens où, malgré les sons distincts et différens, l'harmonie est complète. Si Gall s'est trompé, le plus souvent il a vu juste. On a altéré le point de départ ; c'est ainsi qu'on a alterné la fermeté et la théosophie. Spurzheim a surtout étudié les circonvolutions. M. Ferrus, voulant expérimenter lui-même, a pris pour sujet de son examen de grands criminels. Après avoir recueilli d'eux-mêmes une histoire concise de leur vie, il examinait le crâne, et la note des observations que lui fournissait cet examen était immédiatement annexée à la première. 119 prisonniers de Bicêtre ont fourni des renseignemens à M. Ferrus. Les causes de leurs crimes, divisées en simples, combinées ou inconnues. Voici pour les premières : penchant inné au vol, 14 fois ; à la débauche, à l'ivrognerie, 26 fois ; le besoin, la misère, 6 fois ; le mauvais exemple, 6 fois ; le défaut d'éducation, 6 fois ; la vanité excessive, 4 fois ; l'irascibilité, 4 fois : dans 23 cas la cause n'a point été appréciée. Les causes combinées ont varié. M. Ferrus comparant ces données avec l'examen du crâne, a trouvé 49 fois une concordance parfaite, 33 fois passable, 12 fois médiocre, 14 fois insuffisante, 8 fois nulle.

M. Rochoux ne fait remonter la discussion qu'à l'argumentation de M. Adelon. Au lieu d'une seule objection, M. Rochoux en a fourni sept qu'il résume :

1° L'impossibilité de voir les organes cérébraux autrement qu'avec les yeux de la foi ;

2° Notre ignorance de la structure du cerveau, qui nous défend de déterminer le nombre des organes ;

3° L'unité du moi qui ne peut s'accorder avec la pluralité d'organes ;

4° L'inégalité d'action à volume égal ;

5° L'impossibilité de localiser des facultés indéterminées ;

6° L'insignifiance des faits empiriques ;

7° L'uniformité des actions mentales chez les aliénés.

M. Rochoux revient ensuite sur les affections du cervelet, que M. Bouillaud a démontré n'être point les fonctions érotiques ; M. Adelon a donc eu tort de choisir cet exemple. En outre, M. Rochoux trouve dans les travaux des physiologistes, des réfutations incessantes des doctrines phrénologiques. Gall n'a pas mis d'organes à la base du cerveau, où sont cependant les parties les plus importantes. On avoue que les organes cérébraux ont changé de place ; le cœur et la rate ont-ils changé de place ? M. Rochoux se renferme dans trois propositions : l'indivisibilité des organes ; l'inégalité d'action à volume égal, l'impossibilité de déterminer le nombre des facultés. On a dit, ajoute M. Rochoux, que la phrénologie n'était pas toute dans la localisation ; Gall a mis un *gros numéro* sur chaque organe, ce qui prouve que telle n'était pas sa pensée. Pendant que les philosophes diminuent le nombre des facultés, les phrénologistes s'efforcent d'augmenter le nombre des organes.

Séance du 17 mai.

Fin de la discussion sur la phrénologie. — M. Maingault lit un long mémoire d'où il résulte qu'il est partisan de la phrénologie. — M. Capuron ne trouve pas que le trouble de la généralité des fonctions sensoriales, fût-il vrai dans le cas d'hémorrhagie partielle dans le cerveau, prouve contre la pluralité des organes cérébraux. L'étroite sympathie qui les lie rend très-bien compte de cette solidarité. Ne voit-on pas dans l'œil le crystallin opaque empêcher la vision, quoiqu'il y ait dans l'œil d'autres organes, le crystallin, l'iris, la rétine, les paupières !!! M. Capuron ne peut pas croire, enfin, que le même organe soit le siége de la raison qui modère les passions, et les passions qui détruisent la raison. — M. Bouillaud commence par reprocher à M. Rochoux de n'avoir pas de notions exactes sur les travaux de Gall, dont l'ouvrage se compose de six volumes, dont trois seulement ont rapport à la phrénologie ; les trois autres sont entièrement consacrés à l'exposition de sa doctrine, œuvre philosophique, sans contredit, des plus magnifiques. Au milieu de ses objections, M. Rochoux insiste sur l'unité du *moi*, mais les phrénologistes sont loin de nier cette unité. En l'admettant, n'est-on pas obligé en même temps de reconnaître plusieurs facultés, et ne faut-il pas rattacher ces facultés à tant d'organes ? Le cervelet n'est-il pas parfaitement distinct du cerveau ? La pluralité des organes ne détruit point l'unité du *moi*. Niera-t-on qu'il y a des facultés distinctes, quand chaque jour les pathologistes peuvent constater qu'à l'occasion d'une lésion de la substance cérébrale, telle faculté est abolie, les autres persistant ? On a dit que les expériences ne prouvaient rien ; mais chaque expérience est un fait et prouve. M. Bouillaud a démontré, dans un concours, que les lésions des parties antérieures du cerveau, celles des parties postérieures, celles du cervelet, donnaient lieu à des troubles fonctionnels totalement différens. M. Rochoux a émis une opinion fort inexacte, en disant que toutes les fonctions du cerveau sont lésées dans l'apoplexie. N'a-t-on pas vu la lésion de la parole seule ? Et à ce propos, dit M. Bouillaud, il importe de ne pas confondre la paralysie des muscles de la langue avec celle de la faculté du langage, comme l'a fait M. Adelon : les mouvemens de la langue peuvent être libres, et cependant le malade peut être dans l'impossibilité d'exécuter ceux nécessaires à l'articulation des mots. M. Bouillaud a trouvé la cause de cette paralysie spéciale dans les lésions des lobes antérieurs. C'est à lui et non à M. Récamier, qui place l'organe de la parole dans le centre ovale, qu'appartient cette découverte. — M. Itard prend la parole

pour communiquer quelques faits. En 1834, M. Dumoustier, phrénologiste de profession, examina trente-quatre sourds-muets de huit à dix ans. On confronta les notes qu'il dicta avec celles qui avaient été prises par les chefs de l'établissement, sur le caractère et les dispositions de ces enfans. Aucune des remarques de M. Dumoustier ne se trouva ni complétement juste, ni complétement fausse, excepté peut-être dans six cas où elles s'éloignaient, du moins notablement, de la vérité. En revanche, M. Dumoustier signala, dans un cas, un penchant rare chez les enfans, celui de la chasse, et il se trouva en effet que l'enfant paraissait avoir ce goût, car il avait échangé un livre pour un fusil.

M. Guéneau de Mussy : « Messieurs, dit l'honorable membre, j'ai écouté toute la discussion avec la plus grande attention, pour m'éclairer et m'instruire. Je vois que, contre l'étymologie du mot, la phrénologie n'est point la science de l'entendement, mais a pour objet d'assigner dans le cerveau la place des divers organes qui président à nos diverses facultés et déterminent nos penchans. Les choses étant ainsi, il résulte bien clairement pour moi de la discussion, que si la phrénologie doit être un jour une science, elle n'a pour le moment encore aucune assise. Le premier fait qui la sape dans ses fondemens est fourni par son plus illustre défenseur lui-même. En parlant du cervelet des oiseaux, il dit : *qu'il ne faut pas avoir seulement égard au volume, mais encore à l'activité des organes.* Cette proposition, qui se retrouve dans un principe de mécanique qui se formule en disant que *l'expression d'une force est donnée par le rapport composé de la masse et de la vitesse,* peut-elle être acceptée par la phrénologie, qui ne considère que le développement matériel des organes ? Le siége du penchant au meurtre, à la destructivité, à été placé dans des protubérances latérales du cerveau ; mais comme ces protubérances ont été retrouvées chez des herbivores, on a modifié le penchant et on en a fait la faculté de conservation individuelle. D'ailleurs, dit-on, les herbivores *détruisent* les végétaux. Ainsi ce qui fait que le loup mange le mouton, fait que le mouton mange l'herbe. Il faut avouer que ces explications élastiques ne peuvent guère satisfaire des esprits tant soit peu sévères. — Un autre défenseur de la phrénologie a montré que Fieschi n'avait point l'organe du meurtre développé, tandis qu'il l'était chez le général Foy. On ne voit pas trop de quel avantage est cette comparaison pour la phrénologie. A ce propos il a été dit encore que Fieschi avait été ce que son organisation exigeait qu'il fût. A-t-on pu hasarder une pareille assertion, qui tend à propager une déplorable doctrine, destructive de toute liberté, de toute moralité, qui bannit l'espérance pour ne laisser que la fatalité. Le même membre a dit que rien n'était mieux établi que les fonctions du cervelet, telles que Gall les a déterminées, et cependant un membre honorable, également phrénologiste, a déclaré que ses expériences et ses observations contredisaient formellement Gall sur ce point. Du reste, un fait récent vient les contrarier l'un et l'autre. Un homme entré à l'hôpital ne présentait d'autres troubles morbides qu'un affaiblissement notable de l'intelligence, sans nulle lésion des mouvemens. Il est mort brusquement après quelques jours. A l'autopsie, on a trouvé deux foyers apoplectiques dans le cervelet, l'un ancien, l'autre récent. Celui-ci comprimait l'origine et la moelle, et avait causé la mort. M. Guéneau soumet cette observation aux phrénologistes partisans de l'influence du cervelet sur les organes de la génération, de même qu'à ceux qui le regardent comme le régulateur des mouvemens musculaires.

Le fait capital enfin, dit M. Guéneau, qui s'objecte, quoi qu'on fasse, à la phrénologie, c'est *l'unité du moi.* On a voulu l'éluder par la comparaison de l'effet produit par un ensemble d'instrumens qui, malgré leurs sons propres, sont tous saisis distinctement, et n'en donnent pas moins l'idée d'un accord général, d'une harmonie d'ensemble. Mais ce fait prouve-t-il autre chose que notre aptitude à percevoir plusieurs sensations à la fois, ce qui était nécessaire pour comparer et juger? Qu'y a-t-il ici de commun avec le fait de l'unité du moi, de l'identité personnelle, avec ce sentiment intime qui s'associe à chaque acte de l'esprit, de manière qu'aucune sensation, aucune pensée, aucune impression ne peuvent exister sans la conscience que c'est bien le *moi* qui a cette sensation, cette pensée, cette impression ; ce sentiment du *moi* qui veille pendant le sommeil, qui reste uni aux pensées qui sont déjà loin de l'esprit qui les a formées, qui les retrouve et les ressaisit. Ce phénomène si constant qui se reproduit à chaque instant chez tous les hommes, s'il dépend du cerveau, ne suppose-t-il pas plutôt une action d'ensemble qu'une action isolée? En tous cas, s'il a un organe spécial, où est-il? quel est son volume? que les phrénologistes le disent? Mais la nature même du phénomène le dérobe à leurs recherches. S'ils ont déjà tant de peine à préciser les rapports de faits tout matériels, tels que ceux d'un mouvement musculaire avec la substance cérébrale dont la texture n'est pas même complétement connue, comment saisiront ils le mécanisme de la pensée qui ne tombe point sous les sens, qui n'a point de forme, qui n'obéit à aucune force naturelle? Ceux qui veulent pénétrer ces questions difficiles, ne ressemblent-ils pas à un homme qui voudrait déchiffrer une écriture tracée avec des lettres dont il ne connaît pas la valeur, et dans une langue qui lui est encore plus étrangère? Quoi qu'il en soit, dit en terminant M. Guéneau, les travaux des phrénologistes ne doivent point être frappés de dédain et repoussés de l'Académie. Mais les faits n'étant pas encore assez précis, les principes étant encore mal posés, il convient d'ajourner la discussion.

Malgré quelques réclamations pour que la parole soit accordée à M. Broussais, la proposition de M. Guéneau est appuyée et adoptée à une immense majorité.

(*Archiv. génér. de Méd.*)

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

DUGNIOLLE. Considérations physiologiques sur l'absorption. 129

TOSQUINET. Observations propres à démontrer l'utilité de l'application permanente des sangsues dans les plaies de tête. 133

THIRION (E.). Coup-d'œil sur la nouvelle brochure de M. Eble intitulée : Considérations sur la blépharophthalmie catarrhale des armées, qui règne épidémiquement parmi les troupes belges. 135

Phénomène remarquable dans la fièvre intermittente et le typhus. 144

PHILIPPART (AMÉ). Réflexions sur la distribution des remèdes secrets en Belgique. 145

Note de la rédaction sur le même sujet. 146

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Histoire des maladies observées à la grande armée française, pendant les campagnes de Russie en 1812, et d'Allemagne en 1813 ; par le chevalier J. R. L. DEKERCKHOVE, dit DEKIRCKHOFF. (Analyse par le Dr M.) 146

VARIÉTÉS.

Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. — Élections. 147

Ophthalmie. 148

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

Recherches sur le suicide. 187

HOPITAL ST.-LOUIS. (Service de M. Jobert.) Rétrécissemens de l'urètre traités par des bougies enduites d'alun. *ib.*

BOUILLAUD. Leçons de philosophie médicale. 189

HOPITAL NECKER. (*M. Civiale.*) Lithotritie chez la femme. 190

HOPITAL DE LA PITIÉ. (*M. Lisfranc.*) Anévrysme de l'artère fémorale ; ligature de l'iliaque externe. 193

HOPITAL DE LA CHARITÉ. (*M. Rayer.*) Observation de paralysie de la sensibilité et de la motilité du côté gauche de la face, avec paralysie du muscle droit externe de l'œil du même côté, produite par une lésion d'un des nerfs de la 5e, 7e et 6e paire encéphaliques. (Extr. d'un mémoire de M. TANQUEREL des Planches.) 195

COLLÉGE DE FRANCE. Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie. 197 et 210

HOPITAL DE LA PITIÉ. (*M. Lisfranc.*) Quelques considérations sur la fracture du col du fémur. 198

HOTEL-DIEU. (*Clinique de M. Roux.*) Accouchement laborieux ; application du forceps laissé en place pendant plus de deux heures ; perforation du crâne ; extraction de l'enfant par lambeaux ; mort de la mère. 200

HOPITAL NECKER. (*M. Bricheteau.*) Des conférences cliniques de cet hôpital pendant une partie de l'année 1835. 202 et 209

HOPITAL DES INVALIDES DE PARIS. (Service de M. le baron Larrey.) Anthrax béuin à la région sous-maxillaire. 205

HOPITAL DE L'ÉCOLE. (*Clinique de M. Rostan.*) Pneumonie du sommet droit, accompagnée d'accidens cérébraux; une seule saignée, puis oxide blanc d'antimoine, vésicatoire sur le côté affecté ; guérison. 206

PATHOLOGIE INTERNE. (Cours de M. Andral.) Leçons sur les maladies des centres nerveux. 207, 215 et 217

HOSPICE DE BICÊTRE. Cours de médecine clinique sur les maladies du système nerveux. 211

HOTEL-DIEU. (*Clinique de M. Roux.*) Cas remarquable de blépharoptosis et coloboma traumatiques. 217

HOPITAL DE LA PITIÉ. (*M. Lisfranc.*) considérations sur le diagnostic des polypes utérins et sur leur traitement. 219

HOPITAL DE L'ÉCOLE. (*Clinique de M. Rostan.*) Symptômes de gastro-entérite intense dont la cessation coïncide avec l'apparition des règles. 221

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

DE MUYNCK. Mémoire sur les affections cutanées considérées comme crises, ou comme médication révulsive d'un grand nombre de maladies internes. 175

LEROY D'ÉTIOLE. Chute sur le périnée ; empalement par un éclat de bois. 181

OPHTHALMOLOGIE. Conférences cliniques et théoriques d'ophthalmologie de M. SICHEL. 184

AMABLE CADE. Observation sur la xérophthalmie ou le xérosis. 190

Voisin (P.). Observations de fièvres intermittentes pernicieuses suivies de réflexions. 193

MAYOR (Mat.). Observation sur une luxation ancienne de l'humérus réduite au moyen du moufle ; suivie de réflexions sur l'emploi des poulies mouflées dans la réduction des luxations. 198

MAGISTEL. Observations de tumeurs enkystées avec quelques réflexions sur la nature et le traitement de ces productions anormales. 201

SMEETS (CORNELIUS). Mémoire sur la phlegmasia alba dolens. 203

GINTRAC. Nouvelles observations sur la nature et le siége de l'angine de poitrine. 204

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

VALLEIX. De l'examen clinique des enfans nouveau-nés. 101
GRISOLLE. Rhumatisme articulaire aigu ; péricardite ; endocardite ;épanchement pleurétique droit ; traitement par les saignées à haute dose ; mort. 105
CAPURON. Mémoire sur les convulsions pendant la grossesse et le travail de l'accouchement. 109

BULLETIN CLINIQUE.

HOTEL-DIEU. (*Service de M. Bally. — Clinique de M. Piorry.*) Résultats avantageux de la compression des parois thoraciques dans les cas de pneumanopathie tuberculeuse circonscrite. 41
Pleuro-pneumonite et encéphalite. 45
Pleuro-pneumonie et tubercules au sommet du poumon droit. 46

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

GOURDON. Notice sur l'électricité employée comme moyen thérapeutique dans quelques spécialités. 23
RAPATEL. Observation d'une énorme tumeur cellulo-fibreuse développée dans la vulve, et extirpée avec succès. 27
CADET DE GASSICOURT. Note sur l'emplâtre de Schiffenhausen. 29

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

TROUSSEAU ET H. PIDOUX. Essais thérapeutiques sur la noix vomique. 53
DUHAMEL ET A. LEGRAND. Recherches sur le désordre que le virus syphilitique peut causer sur le cerveau et ses dépendances. 56

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

GODELLE. Considérations sur la nature et le traitement du cancer. 63
CHAILY. Notice sur l'emploi du vin de colchique contre les affections rhumatismales et goutteuses. 70
FAUVERGE. Observation de diaphragmatie chez une femme enceinte ; accès convulsifs, suivis de mort du fœtus dont l'expulsion a nécessité l'emploi du seigle ergoté. 73

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

MONDIÈRE. Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas. 92
DUPLAY. Quelques observations tendant à éclairer l'histoire de la phlébite, à la suite de l'accouchement. 104
RAOUL CHASSINAT. Observation d'anomalies anatomiques remarquables de l'appareil circulatoire, avec hépatocèle congéniale, n'ayant donné lieu pendant la vie à aucun symptôme particulier. 111

ARCHIVES DE LA MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE.

DAVET. Observation de squirrhe du col de l'utérus, avec ulcération de cet organe. 39
HARTMANN. Sur l'emploi de la Bryone. 40
GRIESSELICH. Note sur l'olfaction des médicamens. 47

ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

BARRUEL ET CHEVALLIER. Empoisonnement par de l'arsenic mêlé à des haricots. 35
ANT. DUBOIS, BOYER ET ADELON. Mort par blessures du cou, suspicion d'homicide, opinions contradictoires des médecins. Rapport médico-légal. 37
Introduction à l'étude philosophique de la phrénologie, et nouvelle classification des facultés cérébrales ; par le Dr G. L. Bessières. (Analyse.) 47

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'action et de l'expectation sous le rapport thérapeutique. 71
REVEILLÉ-PARISE. Considérations thérapeutiques sur un cas de névralgie du nerf spermatique. 73
Considérations thérapeutiques sur le phlegmon traumatique des tissus extra-crâniens. 76
BONNET (A.). Nouvelle méthode pour guérir radicalement les hernies. — Nouveau procédé pour la dissolution des calculs urinaires. 78
Des saignées abondantes réitérées au début des maladies aiguës. 80
Du traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfans. 82
MALAPERT. Sur la fabrication de la glace artificielle. 84

JOURNAL DE PHARMACIE.

DESCHAMPS. Note sur la conéine. 59
VOGEL. Sur un dégagement de lumière qui a eu lieu pendant la combinaison chimique des métaux entre eux et sur le gaz hydrogène arséniqué. 60
MUSCULUS. Note sur la préparation du kermès minéral et du soufre doré d'antimoine, au moyen de la méthode de déplacement.
BOULLAY. Addition à la note de M. Musculus. 62
Rapport sur une notice de M. Dausse aîné sur l'extrait d'ipécacuanha et le sirop d'ipécacuanha. *ib.*
Note sur la conservation des cantharides par l'application du procédé d'Appert. 63
PELOUZE. Mémoire sur quelques combinaisons d'un nouvel acide formé d'azote, de soufre et d'oxigène. *ib.*
LEVERRIER. Sur les combinaisons du phosphore avec l'hydrogène. 65
AUBERGIER. Des combinaisons de l'hydrogène avec les métalloïdes. 66
GUILLARD. Lettre à MM. les rédacteurs du Journal de pharmacie sur les extraits pharmaceutiques. 68
SOCIÉTÉ DE PHARMACIE. Séances du 2 mars et du 6 avril. 69 et 70

JOURNAUX DE MÉDECINE ÉTRANGERS.

THE LANCET.

WALLACE. Leçons cliniques sur le traitement de la maladie vénérienne par l'hydriodate de potasse ou l'iodure de potassium. 225
WALLACE. Leçons sur les maladies syphilitiques. 228

LISTON. Irritation du moignon des membres amputés. 230
KINGSTON. Atrophie des valvules du cœur. 231

LONDON MEDICAL GAZETTE.

CRAGIN. Observation sur la cachexie africaine, appelée Dirt-Eating. 233
BRIGHT. Observations sur la maladie des reins, caractérisée par la sécrétion d'urines albumineuses. 235

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

TWINING. Sur les maladies de la rate. 237
CRISP. Cessation du pouls dans différentes grosses artères des extrémités supérieures et inférieures. 238
LEE. Sur les fonctions de la glande rénale du fœtus. *ib.*
SOUTH. Rapports de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres. — Hydropisie terminée en diuresis profusa. — Delirium tremens. *ib.*
JENNINGS. Sur la pathologie et le traitement de la phlegmasia alba dolens. *ib.*
METTAUER. Sur la crusta gena equina, comme remède dans l'épilepsie. 239
COOK. Expulsion de l'utérus avec ses appendices bientôt après l'accouchement. *ib.*
BRIGHT. Sur l'état morbide des vaisseaux du cerveau. 240
HUGUES. Diagnostic de la péricardite. 241
TYREL. Extraction d'un fragment de cathéter de la vessie, à travers l'urètre. *ib.*
Anévrysme de l'artère carotide interne.—Premier cas opéré avec succès par la ligature de la carotide primitive. — Dissection 13 ans après. 242
Guérison d'un anévrysme axillaire par la ligature de l'artère sous-clavière. — Dissection du membre 12 ans après l'opération. *ib.*

THE BRITISCH AND FOREING MEDICAL REVIEW.

MAYER. Expériences sur le cerveau, la moelle épinière et les nerfs. 244
KOEHLER. Observations sur l'emploi de la pompe à succion dans la hernie étranglée. 246

PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG.

Guérison de la phthisie pulmonaire par la créosote. 248
Effet salutaire de l'huile de morue dans une coxarthrocace parvenue à la dernière période. *ib.*
Efficacité des bains de sublimé contre la syphilide. *ib.*
Guérison du tic douloureux par l'emplâtre de tartre stibié. *ib.*
Danse de Saint-Guy guérie par l'attouchement d'une barre de fer. 249
Guérison de l'ascite par les frictions avec la poudre de scille. *ib.*
Exemples de métastases consécutives à des affections externes. 249
Observations de trichoma. *ib.*
Emploi interne et externe de la créosote dans le rhumatisme, la goutte et la syphilis. *ib.*
SCHOEFFER. Bains de vapeur russes dans le traitement du trismus des enfans nouveau-nés. 250
KOEHLER. Expériences sur l'acarus de la gale. *ib.*
TOBIAS. Résultat de l'autopsie de 27 bêtes à cornes tuées par la foudre. 251
FRORIEP. Sur une nouvelle espèce de contracture dans l'articulation du genou. 252
Question de prix proposée par la Société allemande de médecine à Saint-Pétersbourg, sur l'ophthalmie d'Égypte. 253
Question de prix proposée par la Société des médecins en correspondance (correspondirende Aerzte), à Saint-Pétersbourg, sur l'homœopathie. 254

SCHMIDT'S JARBUECHER DER IN-UND AUSLAENDISCHEN MEDICIN.

EGELING. Guérison d'une phthisie pulmonaire. 256
HIRSCH. Sur l'asthma thymicum. *ib.*

HUFELAND'S UND OSANN'S JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE.

LEXIS. Histoire d'un cas remarquable de cyanose. Communication de l'aorte avec les deux ventricules du cœur. 260
HUFELAND. Aphorismes d'un médecin libéral. 261
BOEHR. Exemples remarquables de syphilis larvée et latente. *ib.*
R'ESCH. Asthma thimicum. 262
Observation d'une métastase remarquable. *ib.*

CASPER WOCHENSCHRIFT.

HEINEMANN. Sur le typhus abdominalis. 263
KOSCH. Sarcôme du rectum, guéri par l'opération. 263
HAUSBRAND. Remèdes contre les paralysies. *ib.*
GRAF. Relâchement héréditaire et local de la peau. *ib.*
LYNCKER. Observation de rétention spasmodique des urines; excrétion urinaire par d'autres organes. *ib.*

RUST MAGAZIN.

EULENBERG. Extirpation de la glande parotide squirrheuse, pratiquée avec succès. 266
CHEVALIER. Sur le fongus médullaire. *ib.*
GUENTHER. Combien de temps faut-il pour qu'il puisse se former dans les poumons des tubercules inflammatoires et des foyers de pus. 267

GRAEFE U. WALTHER, JOURNAL FUER CHIRURGIE U. AUGENHEILKUNDE.

BARTELS. Remarques et expériences sur les pédiluves nitro-muriatiques. 268
SCOT. Note sur le même sujet. 269

RADIUS UND CLARUS, BEITRAEGE ZUR PRACTISCHEN HEILKUNDE.

KUHL. Observations sur l'idiosyncrasie hémorrhagique. 271

HEIDELBERGER KLINISCHE ANNALEN.

RUEF. Sur la pneumonie et sa guérison. 274

JOURNAUX ITALIENS.

Deux observations d'anévrysme de l'artère inter-vertébrale, par suite de blessures. 275
BRERA. Sur l'usage de la *ballota lanata* dans les affections rhumatismales et arthritiques. *ib.*

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

BRAYER. Neuf années à Constantinople ; observations sur la topographie de cette capitale, l'hygiène et les mœurs de ses habitans, l'islanisme et son influence, la peste, ses causes, ses variétés, sa marche et son traitement, la non-contagion de cette maladie, les quarantaines et les lazarets. 95
BROUC. Hygiène philosophique des artistes dramatiques, etc. *ib.*
BOYER (PH.). Traité pratique de la syphilis. 96
SOUTWOOD SMITH. Philosophie de la santé, etc. 97
ANDRÉ COMBE. Les principes de la physiologie dans leur application à la conservation de la santé et à l'amélioration de l'éducation physique et morale. *ib.*
DUNGLISSON. Élémens d'hygiène, etc. *ib.*
KILGOUR. Leçons sur les agens ordinaires de la vie dans leur application à la thérapeutique et à l'hygiène, etc. *ib.*
HODGKIN. Leçons sur les moyens de conserver et d'améliorer la santé. 97
PHOEBUS. Manuel de l'art de formuler. 98
BULMERINCG. Fragmens sur les effets du magnétisme minéral. *ib.*
RICHTER (A.-L.). Expériences sur les effets de la méthode endermique. *ib.*
CASPER. Essais de statistique médicale et d'hygiène publique. 99
Manuel de la police sanitaire, considérée dans son application aux états de la Prusse. 100
LESSER. L'homœopathie examinée sous le point de vue pratique. *ib.*
PREUSS. Tuberculorum pulmonis crudorum analysis chemica. *ib.*
Bulletin bibliographique. 101

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale de médecine. 104 et suiv.